Союз
педиатров
России

Социальная педиатрия

А.А. Баранов, Ю.Е. Лапин

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ:

вопросы теории и практика

SHOUT
SHARE
IT

Annotation

Книга является первым исследованием теоретических и практических аспектов разработки и осуществления государственной политики в области охраны здоровья детей, рассматриваемой в качестве нормативно-регулятивного механизма, обеспечивающего функционирование системы «здоровье ребенка – общество» в интересах детства. Эмпирическая база исследования включает международные документы по правам ребенка, отечественные федеральные и региональные нормативные правовые акты, официальные документы Правительства Российской Федерации, Государственной Думы, статистические данные, научные публикации и др. В работе обоснованы методологические подходы исследования и правовые основы разработки государственной политики в области охраны здоровья детей. Дано научное обоснование структуры и содержания концепции данного направления государственной политики, обоснованы конкретные рекомендации по совершенствованию законодательного обеспечения охраны здоровья детей в Российской Федерации. Авторы адресуют эту книгу педиатрам и специалистам по общественному здоровью и здравоохранению, политологам, правоведам, а также работникам федеральных органов власти и органов власти субъектов Российской Федерации, от которых зависит благополучие детей России, – всем, кто работает с детьми и для детей.

- А.А. Баранов, Ю.Е. Лапин
  - ○
  - ○ Список сокращений
  - ○ Предисловие
  - ○ Введение
  - ○ Глава 1
    - ■
    - ■ 1.1. Государственные меры по охране здоровья детей в 1990–1993 гг.
    - ■ 1.2. Правовое регулирование в области охраны здоровья детей в 1994–1998 гг.
    - ■ 1.3. Проблемы детства и их решение на рубеже XX и XXI веков
  - ○ Глава 2
    - ■
    - ■ 2.1. Теоретические подходы к рассмотрению охраны здоровья детей как предмета

государственной политики
- 2.2. Исследование причинно-следственных отношений в системе «здоровье ребенка – общество»
- 2.3. Основные понятийные средства исследования государственной политики в области охраны здоровья детей
  -
  - 2.3.1. Определение понятия здоровья ребенка
  - 2.3.2. Определение понятия охраны здоровья детей

○ Глава 3
- 3.1. Проблема «подведомственности» детского здравоохранения
- 3.2. Анализ отношений социальной политики и охраны здоровья детей

○ Глава 4
-
- 4.1. Отражение государственной политики в области охраны здоровья детей в международных документах
  -
  - 4.1.1. Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей
  - 4.1.2. Конвенция о правах ребенка
- 4.2. Вопросы охраны здоровья в структуре государственной политики в интересах детей
- 4.3. Федеральные и региональные акты, регулирующие вопросы государственной политики в области здравоохранения
- 4.4. Охрана здоровья детей как предмет самостоятельного направления государственной политики
- 4.5. Отражение проблем охраны здоровья детей в различных (не здравоохраненческих) системах государственной политики

○ Глава 5
- 5.1. Основные параметры концепции государственной политики в области охраны здоровья детей
- 5.2. Базовые элементы концепции государственной политики в области охраны

здоровья детей
- 5.2.1. Идеология государственной политики
- 5.2.2. Принципы государственной политики
- 5.2.3. Субъекты государственной политики
- 5.3. Функциональные элементы государственной политики в области охраны здоровья детей
- 5.3.1. Цель государственной политики
- 5.3.2. Задачи государственной политики
- 5.4. Динамичные элементы государственной политики в области охраны здоровья детей

- Заключение
- Приложение 1
- Приложение 2
- Приложение 3
- Приложение 4
- Приложение 5

- notes
  - 1
  - 2
  - 3
  - 4
  - 5
  - 6
  - 7
  - 8
  - 9
  - 10
  - 11
  - 12
  - 13
  - 14
  - 15
  - 16
  - 17
  - 18
  - 19
  - 20
  - 21
  - 22
  - 23

- ○ 24
- ○ 25
- ○ 26
- ○ 27
- ○ 28
- ○ 29
- ○ 30
- ○ 31
- ○ 32
- ○ 33
- ○ 34
- ○ 35
- ○ 36
- ○ 37
- ○ 38
- ○ 39
- ○ 40
- ○ 41
- ○ 42
- ○ 43
- ○ 44
- ○ 45
- ○ 46
- ○ 47
- ○ 48
- ○ 49
- ○ 50
- ○ 51
- ○ 52
- ○ 53
- ○ 54
- ○ 55
- ○ 56
- ○ 57
- ○ 58
- ○ 59
- ○ 60
- ○ 61
- ○ 62
- ○ 63
- ○ 64
- ○ 65
- ○ 66
- ○ 67

- ○ 68
- ○ 69
- ○ 70
- ○ 71
- ○ 72
- ○ 73
- ○ 74

А.А. Баранов, Ю.Е. Лапин
Государственная политика в области охраны здоровья детей

Рецензенты:

академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор Ю. П. Лисицын

доктор политических наук, профессор Н. С. Григорьева

доктор юридических наук, профессор, заслуженный юрист Российской Федерации В. Д. Ермаков

доктор юридических наук, профессор А. М. Нечаева

1989–2009

Двадцать лет со дня принятия Конвенции о правах ребенка

Конвенция о правах ребенка была принята и открыта для подписания резолюцией 44/25 Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1989 г.

Печатается при поддержке Союза педиатров России

Список сокращений

ЕРБ ВОЗ – Европейское региональное бюро ВОЗ
ИЭР – Институт экономического развития Всемирного банка
МПП – Мировая продовольственная программа ООН
ПРООН – Программа развития ООН
ЮНИСЕФ – Детский фонд ООН
ЮНФПА – Фонд ООН в области народонаселения

Предисловие

Книга, посвященная государственной политике в области охраны здоровья детей, выходит в свет в год двадцатилетия принятия Конвенции о правах ребенка (2009 г.), определившей основные направления не только законодательной, но и моральной практики в интересах детства в Российской Федерации.

Это также год «совершеннолетия» современной России.

Для педиатров восемнадцатилетний рубеж истории страны имеет особое значение потому, что во взрослый мир вступают ее ровесники, молодые люди, детский период роста и развития которых совпал с трудным временем становления новой государственности, новых общественных отношений. Работники педиатрической службы, научные коллективы многое сделали и делают сейчас, чтобы устранить или уменьшить воздействие неблагоприятных социально-экономических условий и факторов на состояние здоровья детей. Одним из направлений активных действий стало усиление взаимодействия педиатрии со сферами государственной политики и права, что способствовало актуализации разработки интегрального направления исследований – охраны здоровья детей как функции государства. Важным разделом этого направления является первичная профилактика болезней в детском возрасте, осуществляемая на основе правового регулирования общественных отношений в интересах детства. Такое регулирование есть суть государственной политики в области охраны здоровья детей.

Возрастающее внимание педиатров к социально-правовым аспектам здравоохранения своевременно и обоснованно. Поскольку стабильность общества, социальная и экономическая стратегии, состояние базисной инфраструктуры, конфликтные ситуации и другие детерминанты здоровья остаются сферами, неподконтрольными системе здравоохранения[1], то наш вывод: для преодоления этого противоречия педиатрия вправе расширить свое предметное поле в направлении создания правовых методов воздействия на эти процессы, в том числе в форме государственной политики в области охраны здоровья детей. Характеризуя подобный междисциплинарный подход при изучении сложного объекта, В. И. Вернадский в свое время отмечал, что «мы все больше специализируемся не по наукам, а по *проблемам*» [28, с. 54].

Законодательное закрепление научно обоснованной государственной политики в области охраны здоровья детей

позволит достигнуть рекомендуемого ВОЗ уровня взаимодействия органов власти и всех заинтересованных сторон [58], который необходим для преодоления разобщенности секторов общества, способных обеспечивать или содействовать обеспечению успешного функционирования системы детского здравоохранения.

Исследование показало, что в настоящее время в Российской Федерации имеется достаточный объем правовых оснований для научного и практического решения задачи выработки государственной политики в области охраны здоровья детей. В Конституции Российской Федерации содержатся нормы (статьи 38, 41, 71, 72, 114), позволяющие придать охране здоровья детей статус предмета государственной политики. Эти положения основного закона получили развитие в федеральных нормативных правовых актах. Начался процесс имплементации в национальное законодательство норм международных документов, регулирующих обеспечение прав детей. Наличие и пополнение корпуса федеральных и региональных актов по правам ребенка свидетельствует о формировании новой, «детской» отрасли права, развитие которой поддерживается педиатрами.

Обращение к исследованию сферы взаимодействия педиатрии, государственной политики и права продиктовано пониманием того, что дети – наше будущее, но граждане они уже сегодня.

Авторы выражают искреннюю благодарность ученым, взявшим на себя труд ознакомиться с данной работой и дать на нее отзывы (приложение 5): доктору медицинских наук, профессору, академику РАМН Юрию Павловичу ЛИСИЦЫНУ, доктору политических наук, профессору Наталии Сергеевне ГРИГОРЬЕВОЙ, доктору юридических наук, профессору, заслуженному юристу Российской Федерации Вячеславу Дмитриевичу ЕРМАКОВУ, доктору юридических наук, профессору Александре Матвеевне НЕЧАЕВОЙ.

Авторы.

Введение

Жизнь наших детей –
единственная абсолютная ценность.

Из Постановления
Государственной Думы
Федерального Собрания
Российской Федерации от 16
декабря 1998 г. № 3384-II ГД

Конвенция о правах ребенка, обязательства по которой взяли на себя почти все страны мира, предусматривает осуществление государствами-участниками широкого спектра законодательных, административных и других мер для первоочередного обеспечения интересов детей, в том числе в охране здоровья. В Российской Федерации Конвенция о правах ребенка, как и другие международные договоры, является частью национальной правовой системы и действует непосредственно или путем издания внутригосударственных актов для их применения. К настоящему времени в нашей стране выполнена определенная работа по приведению законодательства в соответствие с нормами этого документа, однако многие проблемы детства еще ожидают своего правового решения. Такие решения особенно актуальны в системе здравоохранения.

За последние два десятилетия одним из последствий неблагоприятных изменений в различных сферах жизнедеятельности общества стало ухудшение здоровья детей, в том числе рост хронических форм соматической патологии и психических расстройств, повышение частоты врожденных пороков развития, «возрождение» старых инфекций (туберкулез, болезни, передаваемые половым путем) и актуализация новых (ВИЧ, гепатит С), распространение алкоголизма, наркомании, снижение показателей физического развития и т. д. [51]. Несмотря на принимаемые педиатрами меры, показатели детского здоровья остаются неудовлетворительными. По данным, представленным на XVI съезде педиатров России (февраль, 2009), 40 % детей рождаются больными или заболевают в период новорожденности, почти каждый десятый младенец появляется на свет недоношенным или с низкой массой тела, ежегодно на 5–6 % растет общая заболеваемость детей всех возрастов, более чем у 50 % подростков диагностированы заболевания, которые в дальнейшем могут отрицательно повлиять на репродуктивную

функцию, ежегодно 30 % юношей в возрасте 17 лет признаются негодными к военной службе по состоянию здоровья [224].

Указанные процессы подтверждают известный, но еще недостаточно учитываемый в стратегии национального развития факт, что здравоохранение является не единственным сектором, ответственным за сохранение и укрепление здоровья, поскольку основные причины, определяющие неблагополучие детей, относятся к социальной и экономической сферам. В документах ВОЗ отмечается роль сектора финансовой политики, который оказывает нередко значительно большее воздействие на состояние здоровья граждан, чем политика сектора здравоохранения [226, с. 13]. В Российской Федерации отрицательные последствия такого превосходства наиболее значительны в связи с отсутствием законодательно закрепленной политики здравоохранения. В результате «недостаточное финансирование службы охраны материнства и детства, … особенно профилактических мероприятий, привело к тому, что доля здоровых детей в ряде регионов составляет не более 10 %» (О. В. Шарапова, 2002) [323, с. 13].

Согласно заключению Комиссии по социальным детерминантам здоровья ВОЗ (2008 г.), признание органами власти существования подобной проблемы и понимание ее масштаба является важной платформой для принятия на государственном уровне адекватных мер, включая организацию научных исследований по вопросам улучшения общественного здоровья [339]. В качестве такой меры нами предложено (2002–2003 гг.) проведение комплекса научных и практических мер для выработки и осуществления *государственной политики в области охраны здоровья детей*, инструмента регулирования системы общественных отношений, направленного на усиление позиций детства в этой системе. Использование указанного инструмента позволит вывести проблемы охраны здоровья детей на наиболее высокий уровень внимания общества – на уровень реального предмета государственной политики.

В контексте настоящего исследования понятие регулирования, адаптируя определение Г. В. Мальцева (2006) [203, с. 193], рассматривается как правовое воздействие на общественные отношения, которое придает им свойства, необходимые для реализации государством обязательств по обеспечению прав детей на охрану здоровья. Предложенный подход отражает социально-экономическую обусловленность неблагоприятных изменений в состоянии здоровья детей в России и соответствует общей направленности норм международных документов по правам ребенка, в которых уязвимость и

зависимость от условий и факторов внешней среды определяется в качестве важнейшей биосоциальной особенности детства. Осуществление государственной политики в области охраны здоровья детей соответствует положениям Декларации «Мир, пригодный для жизни детей», принятой Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 10 мая 2002 г. [223], где подчеркнуто, что политика государства должна быть направлена на устранение не только непосредственных, но и «более широких и глубоких причин» сохраняющейся недостаточной защиты детей в обществе.

Научное обоснование применения методов политики для решения медико-социальных проблем детства относится к компетенции здравоохранения[2]. В 2003 г. совместным приказом Министерства здравоохранения России и Российской академии медицинских наук выработка научно обоснованной концепции государственной политики в области охраны здоровья детей была включена в программу мер, принятую по итогам Всероссийской диспансеризации детей (2002)[3]. Необходимость решения указанной задачи поддержана участниками XIV (LXXVII) сессии Общего собрания Российской академии медицинских наук «Научные основы охраны здоровья детей» (9–11 декабря 2004 г.), в итоговом документе которой подчеркнуто ключевое значение государственной политики для комплексного решения наиболее актуальных вопросов детского здравоохранения [201]. Аналогичная точка зрения изложена в материалах Научной сессии академий наук, имеющих государственный статус, проведенной под лозунгом «Здоровье и образование детей – основа устойчивого развития российского общества и государства» (5–6 октября 2006 г.) [84].

В представленном исследовании в качестве его объекта определена сфера государственной деятельности в области охраны здоровья детей, функционирование и развитие которой подчиняется закономерностям, обусловленным уровнем развития здравоохранения, а также господствующей в обществе моральной и правовой практикой в отношении ребенка.

Предмет исследования охватывает общественные отношения, воздействие на которые средствами государственной политики позволяет получить необходимый результат – улучшение здоровья детей.

Исходя из вышеизложенного, целью данной работы явилось изучение условий и факторов формирования государственной политики в области охраны здоровья детей, обоснование концептуальной модели ее структуры и функционирования и выработка на этой основе рекомендаций по совершенствованию системы детского здравоохранения.

В ходе исследования решены следующие задачи:

– изучена эволюция стратегии охраны здоровья детей в России в конце XX – начале XXI вв.;

– проанализированы теоретические основания данного направления государственной политики;

– обоснованы рекомендации по совершенствованию понятийно-категориального аппарата научных исследований проблем охраны здоровья детей;

– изучено взаимодействие государственной политики в области охраны здоровья детей с другими направлениями политики (социальная политика, семейная политика, политика в области образования и др.);

– выявлены и исследованы объективные предпосылки институциональной дифференциации государственной политики в области охраны здоровья детей;

– изучены и систематизированы правовые основы формирования государственной политики в области охраны здоровья детей;

– обоснованы рекомендации по совершенствованию законодательного обеспечения детского здравоохранения;

– разработана концепция государственной политики в области охраны здоровья детей в Российской Федерации.

Предметная область исследования относится к макроуровню общественной системы: государство, здравоохранение, межсекторальное взаимодействие, прогнозы и стратегии социально-экономического развития, федеральные целевые программы, демографические, экономические процессы и т. п. Учитывая, что государственное управление входит в сферу относительно закрытых объектов для научного изучения [44, с. 4], особое внимание было уделено обеспечению адекватности эмпирической базы. С этой целью в разработку были включены источники информации (опубликованные и доступные в электронных информационных ресурсах), раскрывающие деятельность высших институтов государственной власти, ответственных за охрану здоровья детей. К таким источникам отнесены:

– федеральные нормативные правовые акты (Конституция Российской Федерации, федеральные законы, указы и распоряжения Президента Российской Федерации, постановления и распоряжения Правительства Российской Федерации, постановления Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации, нормативные правовые акты федеральных органов исполнительной власти в области здравоохранения, научные документы Российской академии

медицинских наук);

– официальные документы федерального уровня (государственные доклады о состоянии здоровья населения Российской Федерации, государственные доклады о положении детей в Российской Федерации, статистические данные и др.);

– нормативные правовые акты и официальные документы ряда субъектов Российской Федерации.

В исследование включены также международные документы (доклады и нормативные акты международных организаций системы ООН, Конвенция о правах ребенка, Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей, документы Комитета по правам ребенка и др.), научные публикации.

Существенной особенностью изученных федеральных нормативных правовых актов, в значительной степени обусловившей возможность проведения данной работы, является то, что многие из них содержат не только нормативные предписания, но и важную аналитико-синтетическую информацию, отвечающую в силу своего высокого статуса государственных документов требованиям актуальности и обоснованности принимаемых мер, надежности и достоверности включенных в систему аргументации фактов, статистических и других данных, объективности выводов и оценок, в том числе относительно причинно-следственных связей между изучаемыми явлениями.

Для формирования эмпирической базы были изучены около 900 источников информации, из которых 359 включены в разработку.

Использованные методы исследования: логический анализ, контент-анализ, метод научной идеализации, метод классификации, метод построения типологии, метод экстраполяции, структурно-функциональный анализ, исторический метод.

Как показывает наш опыт, научное исследование конкретной проблемы нередко актуализирует смежные вопросы, которые «могут получить осмысление и решение как ее частности» [40, с. 89]. Поэтому мы стремились не упустить из внимания и фиксировали те аспекты и существенные моменты изучаемых явлений, которые связаны с проблемами охраны здоровья детей и представляют интерес для последующего специального, в том числе междисциплинарного анализа.

Глава 1
Эволюция стратегии охраны здоровья детей в современной России

В данном исследовании понятие стратегии определяется как общий план развития определенной сферы жизнедеятельности общества и смежных секторов, а в качестве элементов стратегии идентифицируются: система представлений, норм, средств, методов и направлений деятельности по реализации этого плана. Стратегия «рассчитана на относительно длительный промежуток времени и ориентирована на достижение фундаментальных целей, определенных национальными целями и ценностями» (О. Бельков, 2006) [18].

Такое понимание стратегии соответствует характеру мер, осуществляемых в течение почти двух десятилетий в России с целью сохранения здоровья детского населения.

Поскольку понятие стратегии описывается категорией времени, в рамках нашего исследования в качестве исходной точки отсчета периода, охватывающего эволюцию государственных мер по охране здоровья детей в России, принято начало 90-х годов. Для этого имеются следующие основания.

Во-первых, 15 сентября 1990 года в Российской Федерации вступила в силу Конвенция о правах ребенка, в которой определены государственные меры по охране здоровья детей.

Во-вторых, к началу 90-х гг. относится принятие первых нормативных правовых актов по проблемам детства в новых социально-экономических и политических условиях Российской Федерации.

В-третьих, во многих документах, в том числе последних лет, статистические и другие показатели положения детей в России нередко соотносятся с соответствующими данными за 1990–1991 гг., что отражает потребность наиболее полно проследить тенденции и закономерности изменения исследуемых процессов, а также проанализировать причины этих изменений.

Признавая, что критерии дифференциации этапов развития здравоохранения должны стать предметом будущих целенаправленных научных разработок, для решения задач настоящего раздела исследования была принята следующая рабочая периодизация изучаемых процессов:

– 1990–1993 гг. – начало рыночных экономических

преобразований, резкое ухудшение показателей состояния здоровья детей[4], актуализация проблемы усиления законодательного регулирования отношений в области охраны здоровья детей, принятие Конституции Российской Федерации;

– 1994–1998 гг. – нарастание кризисных процессов в здравоохранении, активизация нормотворческой работы в области охраны здоровья детей, принятие Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» [300];

– 1999–2003 гг. – относительная консолидация общества вокруг идеи защиты прав детей на охрану здоровья, развитие программной деятельности в интересах детства, постановка Министерством здравоохранения Российской Федерации и Российской академией медицинских наук [209] задачи выработки научно обоснованной концепции долговременной государственной политики в области охраны здоровья детей.

Таким образом, изучение динамики стратегии детского здравоохранения соответствует интервалу «проблема – решение», начало которого относится к 1990–1991 гг., периоду нарастания социально обусловленных неблагоприятных изменений в состоянии здоровья детей («проблема»), а окончание – к 2003 г., когда на федеральном уровне было принято решение о преодолении существующих трудностей средствами государственной политики в области охраны здоровья детей («решение»).

1.1. Государственные меры по охране здоровья детей в 1990–1993 гг.

В 1990–1993 гг. в России был осуществлен ряд законодательных и административных мер, которые можно рассматривать в качестве предпосылок формирования, следуя терминологии ЮНИСЕФ, «особой политики» в отношении детей [139, с. 26]. Такая политика потребовалась в связи со значительным обострением проблем детства на фоне углубления кризисных процессов в социально-экономической сфере.

Среди нормативных правовых актов, принятых в начале исследуемого периода и касающихся вопросов охраны здоровья детей, необходимо отметить Постановление Верховного Совета РСФСР от 1 ноября 1990 г. № 298/3–1 «О неотложных мерах по улучшению положения женщин, семьи, охраны материнства и детства на селе» [148], здравоохранительная составляющая которого включала приоритетную диспансеризацию и оздоровление детей, а также совершенствование правового регулирования условий труда женщин детородного возраста. В постановлении отмечена нарастающая кризисная демографическая ситуация в сельской местности, а осуществление намеченных мер представлено как первый этап комплексной программы по охране материнства и детства в Республике.

Верховный Совет РСФСР принял также Постановление от 1 ноября 1990 года № 298/4–1 [149] о разработке государственной Республиканской программы развития индустрии детского питания. Программа, реализация которой оценивалась как чрезвычайная и неотложная задача, предусматривала удовлетворение к 1994 году биологической потребности детей раннего возраста в продуктах детского питания [195]. Возникшие финансовые и другие трудности при осуществлении программы[5] потребовали принятия Постановления Совета Министров РСФСР от 15 мая 1991 г. № 261, предусматривавшего предоставление молочным кухням компенсации дополнительных расходов, обусловленных изменением розничных цен на отпускаемые за плату молочные смеси и продукты детского питания детям из малообеспеченных семей [196].

В начале 1991 г. в связи с реформой цен, переходом на рыночные экономические отношения в России начал формироваться значительный объем проблем детства, основным препятствием в решении которых был недостаток финансовых

средств. О степени остроты этих проблем можно судить по тому, что для преодоления «чрезвычайной ситуации в организации отдыха детей и подростков» в качестве вынужденной меры было принято Постановление Совета Министров РСФСР и Совета Федерации Независимых профсоюзов от 18 апреля 1991 г. № 216 [197], предусматривавшее использование труда детей в детских оздоровительных лагерях для частичного восполнения расходов на их содержание.

После прекращения существования СССР в декабре 1991 г. новые органы власти России полностью приняли на себя обязательства по обеспечению прав детей. В этот период основной причиной ухудшения детского здоровья стало резкое снижение уровня жизни семей с детьми. В январе-феврале 1992 г. (начало либерализации цен) размеры средней заработной платы и минимального прожиточного уровня сравнялись [140, с. 20], что исключало возможность обеспечения полноценным питанием ребенка в семье. В Российской Федерации начала формироваться социально-экономическая среда (продолжительный кризис в экономике, появление и рост безработицы, увеличение численности бедных семей, снижение финансирования учреждений здравоохранения и т. д.), обусловившая ухудшение здоровья детей, в том числе рост в отдельные периоды младенческой смертности и смертности детей в возрасте 0–4 года (рис. 1).

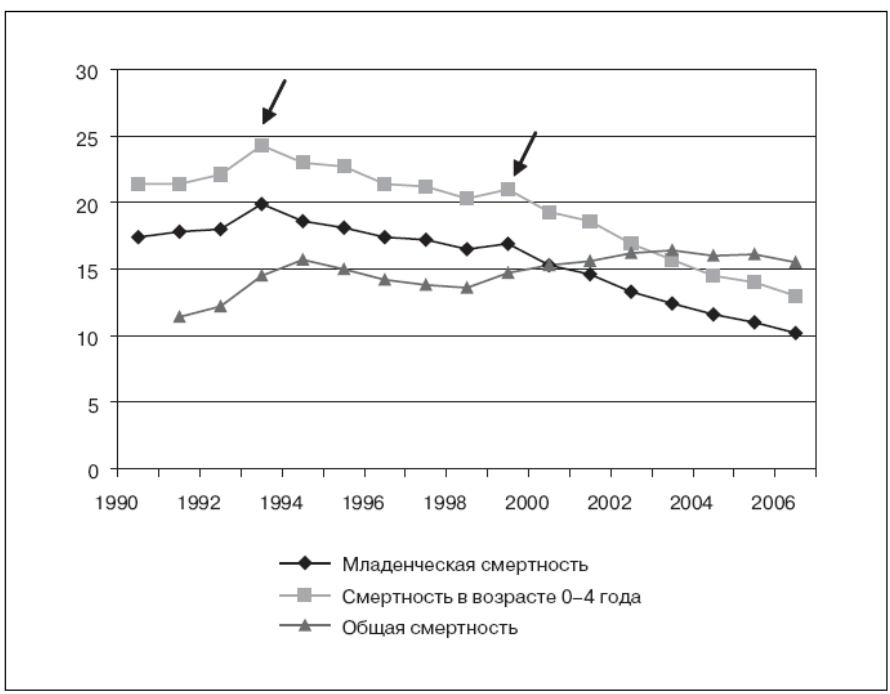

Рис. 1. Динамика смертности детей в возрасте 0–12 мес, 0–4 года (на 1000 детей соответствующего возраста) и общей смертности (на 1000 человек) в 1990–2006 гг.

Стрелками показаны периоды увеличения указанных показателей в 1993 и 1999 гг. как следствие резкого обострения социально-экономического кризиса в России.

Неблагоприятные процессы в сфере охраны здоровья детей в России стали предметом внимания международного сообщества. В Итоговом докладе Миссии ЮНИСЕФ/ВОЗ с участием ЮНФПА, ПРООН и МПП, прибывшей в Россию в феврале 1992 г. для изучения положения дел в сфере охраны здоровья и благосостояния детей, констатирована «крайне обострившаяся ситуация», которая «фактически не имеет прецедентов». Было отмечено, что экономические трудности «крайне неблагоприятно отражаются на положении большинства семей», за два месяца «цены – особенно на мясо-молочные продукты – выросли в десять раз». В докладе отмечено также, что на грани выживания оказались 60–64 млн человек, значителен «недостаток средств в системе здравоохранения», в середине 1991 г. прекращено производство вакцины против кори, резко сократился охват детей иммунизацией, «социальные лишения, напряженность и нагрузки, ложащиеся на женщин вследствие роста цен на продукты питания, препятствуют грудному вскармливанию». Родители «крайне обеспокоены» будущим своих детей [59].

Анализ федеральных нормативных правовых актов, относящихся к началу 1992 г. и регулирующих вопросы защиты прав детей в России, показал, что уже в этот период проблемы детства начали приобретать признаки предмета государственной политики. В утвержденном распоряжением Президента Российской Федерации [221] «Положении о координационном комитете по вопросам семьи, материнства и детства при Президенте Российской Федерации» в качестве цели деятельности этого органа было указано формирование и реализация государственной семейной политики, а также политики улучшения положения женщин, охраны материнства и детства. Таким образом, в этот период проблемы детства хотя и были вовлечены в сферу решения методами государственной политики, но еще не приобрели статуса ее самостоятельного предмета.

Одним из первых нормативных правовых актов, отражающих формирующуюся стратегию нового государства в области охраны здоровья детей в сложных политических и социально-экономических условиях, стал Указ Президента Российской Федерации от 1 июня 1992 г. № 543 «О первоочередных мерах по

реализации Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-е годы» [257]. Указ предусматривал:

– приоритетное решение задач по обеспечению выживания, защите и развитию детей;

– финансирование (с выделением отдельной строкой) целевых мероприятий по проблемам детства;

– подготовку федеральной программы «Дети России»;

– создание в министерствах и ведомствах специальных структур, занимающихся проблемами детства;

– определение научно обоснованного перечня обязательных бесплатных социальных услуг женщинам и детям, предоставление которых должно быть гарантировано государством;

– разработку национальной программы действий по осуществлению Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей.

В соответствии с данным указом Правительство Российской Федерации подготовило доклад о выполнении в нашей стране Конвенции о правах ребенка для представления в «Комитет по правам ребенка ООН»[6]. В докладе было отмечено, что уменьшение бюджетного финансирования здравоохранения (в первом полугодии 1992 г. – 53,7 % от уровня первого полугодия 1991 г. в сопоставимых ценах) повлекло сокращение гарантированной государством медицинской помощи детям [65].

В условиях начавшихся социально-экономических реформ в особенно тяжелом положении оказались многодетные семьи и семьи с детьми-инвалидами, численность которых в данный и последующие периоды неуклонно возрастала (рис. 2). Крайним проявлением неблагоприятного процесса стало учащение случаев, когда многодетные семьи, из-за непосильных расходов на содержание детей, принимали решение об устройстве их в детские дома «даже путем отказа от детей (особенно детей-инвалидов)» [65, с. 22]. В связи с этим, в Указе Президента Российской Федерации от 5 мая 1992 г. № 431 «О мерах по социальной поддержке многодетных семей» [253] было обращено внимание на то, что либерализация цен требует целенаправленной и адресной *политики по усилению социальной поддержки многодетных семей*. Однако утвержденные формы такой поддержки медико-социального характера были недостаточны и ограничивались бесплатным предоставлением лекарств по рецептам врачей для детей в возрасте до 6 лет, а также бесплатных завтраков и обедов для учащихся общеобразовательных и профессиональных учебных заведений.

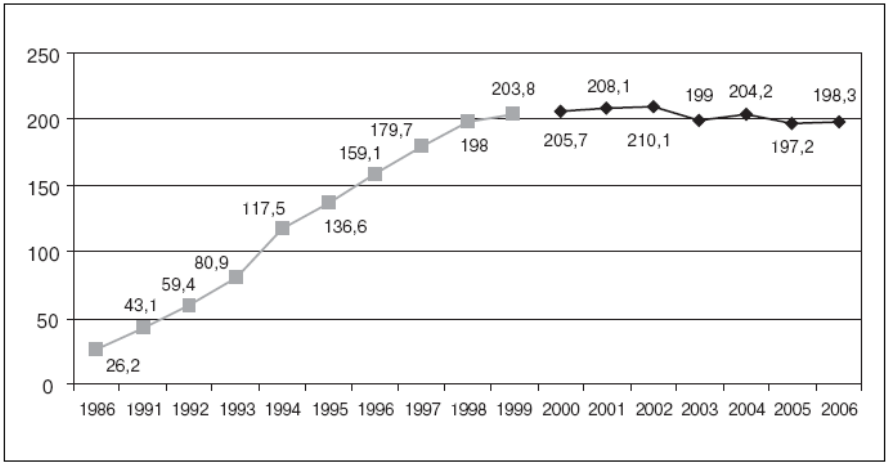

Рис. 2. Динамика численности детей-инвалидов, получавших социальные пенсии (на 10 тыс. детей; Российская Федерация, 1986–2004 гг.). До 1999 года данные рассчитаны на возрастную группу 0–16 лет, с 2000 года – 0–18 лет.

Полностью вне указанных мер оказалось решение вопросов профилактики болезней и реального обеспечения гарантий бесплатной медицинской помощи детям.

В исследуемый период основными нормативными правовыми актами, регулирующими отношения в интересах защиты прав детей, были указы Президента Российской Федерации и постановления федерального правительства. Вместе с тем, 1992 г. можно назвать стартовым на пути разработки и принятия законов, нацеленных на обеспечение охраны здоровья детей в современной России.

Среди первых таких актов был Закон Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-I «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [77], актуальность принятия которого для педиатрической службы объясняется нарастающей распространенностью психических расстройств среди детей и подростков (рис. 3). В законе дифференцированы две возрастные группы детей (в возрасте до 15 лет и до 18 лет) в связи с обеспечением их права на психиатрическую помощь. В частности, в отношении пациентов в возрасте до 15 лет особая роль в защите их прав отведена законным представителям ребенка – родителям, усыновителям, опекунам (статья 7). Несовершеннолетним, страдающим психическими расстройствами, гарантировано право на обучение (статья 6), в т. ч. на получение образования по программе общеобразовательной школы (статья 37). Определен порядок помещения

несовершеннолетних в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения (статья 41), а также для специального обучения (статья 42). В законе отсутствуют нормы, регулирующие вопросы профилактики психических болезней.

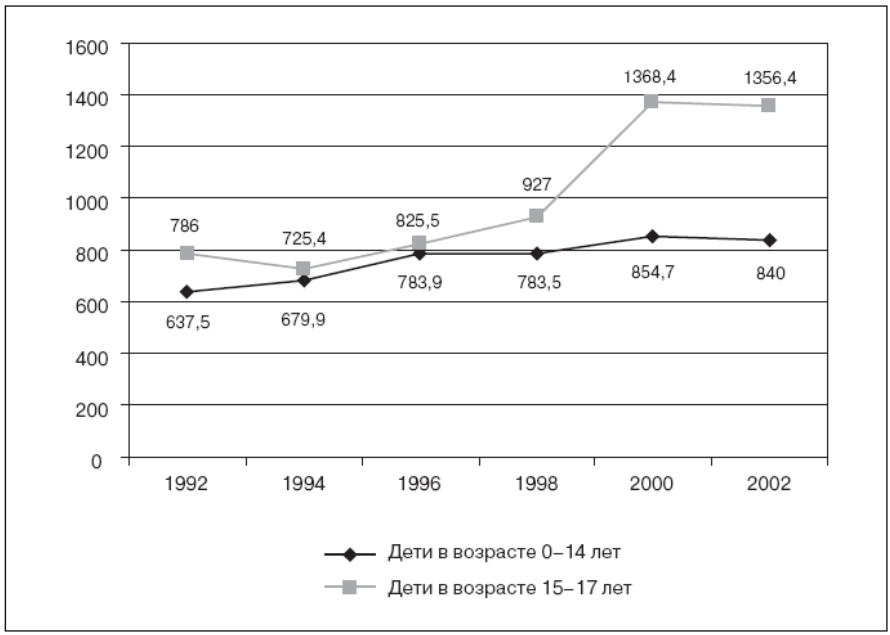

Рис. 3. Заболеваемость детей психическими расстройствами в 1992–2002 гг. на 100 тыс. детей соответствующего возраста (по материалам Министерства здравоохранения Российской Федерации [52]).

Практически одновременно с указанным актом был принят Закон Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266–1 «Об образовании» [78], в котором установлен ряд важных положений, касающихся охраны здоровья детей (здравоохранительная функция закона рассмотрена в разделе 4.3.). Этот факт явился отражением понимания законодателем ответственности широкого круга институтов общества за охрану здоровья детей. С целью объединения такой ответственности в 1993 г. была создана межведомственная Комиссия по координации работ, связанных с выполнением Конвенции ООН о правах ребенка[7] и Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей [198], в функции которой, наряду с прочими, входило решение проблем детского здравоохранения[8].

Нарастающие трудности в обеспечении жизнедеятельности детей вызвали необходимость принятия Постановления Президиума Верховного Совета Российской Федерации от 8

февраля 1993 г. № 4435–1 [194], в соответствии с которым программа «Дети России» получила статус федеральной целевой программы[9].

Указанный и последующие подобные акты определили программное направление государственной деятельности в интересах детей на длительный период.

Для решения наиболее острых проблем детства наряду с программными мерами осуществлялась законодательная работа. Начиная с 1993 года, в России принят ряд нормативных правовых актов по социальной защите детей-мигрантов, число которых в 90-е годы стало резко возрастать (за период с 1992 г. по 2002 г. – более чем в три раза; рис. 4).

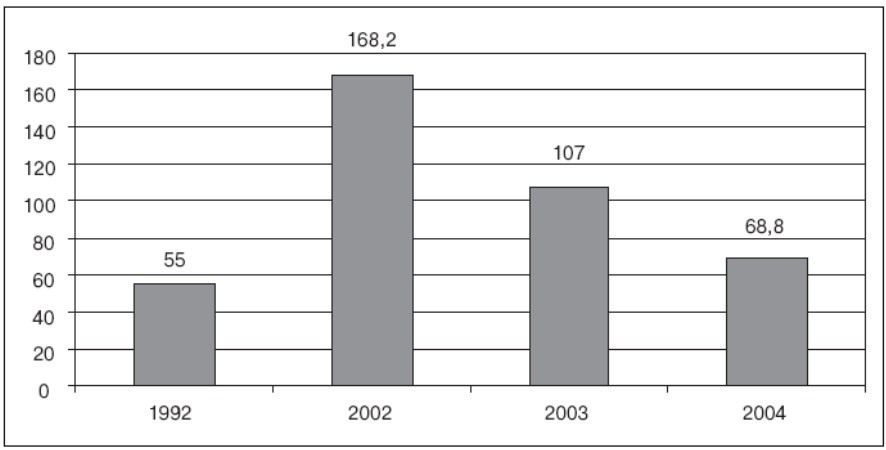

Рис. 4. Численность детей-мигрантов, имеющих официальный статус беженцев и вынужденных переселенцев (тыс. человек) в 1992, 2002–2004 гг.

Однако принятие Федерального закона от 19 февраля 1993 г. № 4528-I «О беженцах» [276] и Закона Российской Федерации от 19 февраля 1993 г. № 4530-I «О вынужденных переселенцах» [79] не решило всех проблем обеспечения потребностей прибывающих в Россию детей в медицинской помощи, в том числе в начальный, наиболее трудный период их адаптации на новом месте. Усиление миграционных процессов (включая не регистрируемые официальной статистикой), недостаточное медицинское обеспечение мигрантов, низкий уровень материальной обеспеченности большинства таких семей и другие трудно учитываемые социально-экономические и санитарно-эпидемиологические факторы обусловливают значительную подверженность детей-беженцев и детей – вынужденных переселенцев социальным болезням, в том числе заболеванию

туберкулезом. Это явление необходимо рассматривать в связи с общим ростом заболеваемости туберкулезом детей в России. На исходе XX века заболеваемость активным туберкулезом детей увеличилась почти в три раза (рис. 5). В настоящее время эпидемиологическая ситуация по этой инфекции оценивается как напряженная.

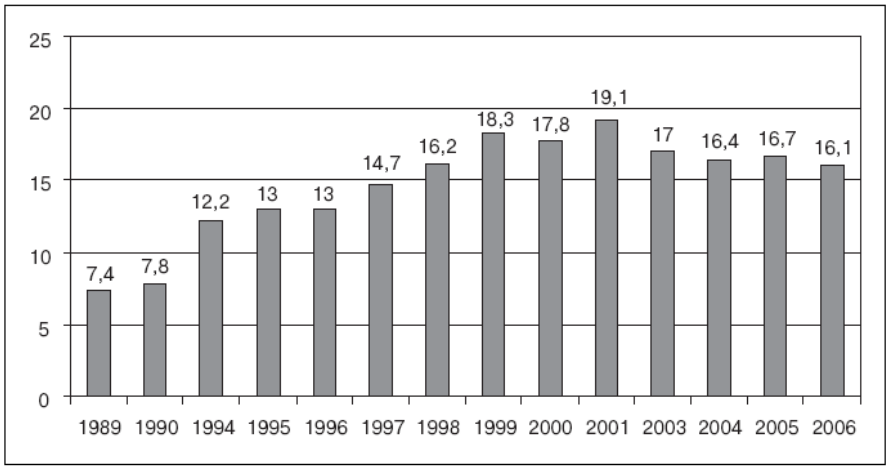

Рис. 5. Динамика заболеваемости активным туберкулезом детей в возрасте до 14 лет в 1989–2006 гг. (на 100 тыс. детей).

Результаты анализа уровня правового обеспечения охраны здоровья детей в 1992–1993 гг. позволяют присоединиться к оценкам, содержащимся в государственных докладах о положении детей в Российской Федерации, которые сводятся к тому, что законодательство о правах ребенка, охране здоровья далеко не совершенно, имеет существенные пробелы, нормы его устарели и недостаточно эффективны [141]. В Первоначальном докладе Российской Федерации Комитету по правам ребенка было констатировано, что в стране «не сформирована единая государственная политика, направленная на комплексное решение всех проблем, связанных с детством» [65, с. 15]. Указанная констатация не только фиксирует проблему, но и свидетельствует о понимании федеральными органами власти роли государственной политики в системе обеспечения прав детей. Этот факт можно рассматривать как формирующуюся позитивную тенденцию, поскольку в действительно несовершенных нормативных правовых актах, введенных в действие в исследуемый период, содержится ряд признаков, отражающих стремление законодателя усилить меры в сфере здравоохранения методами государственной политики. Так, в принятых Основах законодательства Российской Федерации об

охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487–1 [129], значение которых в обеспечении прав детей на охрану здоровья в настоящее время справедливо оценивается как недостаточное[10], предусмотрена важная норма – установление основ *государственной политики в области охраны здоровья граждан*[11] (статья 5). Содержание и структура данного направления государственной политики в законе не раскрыты, и указанная норма до настоящего времени не осуществлена. Тем не менее, отмеченное положение закона, значительно усиленное статьей 114 Конституции Российской Федерации, предусматривающей проведение в стране единой государственной политики в области здравоохранения, является одной из главных правовых основ решения поставленной в настоящем исследовании задачи обоснования структуры и содержания государственной политики в области охраны здоровья детей.

С этих же позиций можно оценить Указ Президента Российской Федерации от 20 апреля 1993 г. № 468 «О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации» [258], в котором федеральному правительству в качестве первоочередной задачи ставилось принятие программы мер по созданию государственной системы обеспечения продуктами питания детей до 7 лет, беременных женщин, кормящих матерей. В указе обозначена необходимость формирования *региональной политики в области здравоохранения*, которой в законодательно закрепленной форме также сегодня нет, но во взаимодействии с указанными выше нормами Конституции Российской Федерации и Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан это положение указа еще более усиливает актуальность выработки государственной политики в области охраны здоровья детей.

В нормативных правовых актах по проблемам детства, принятых в начале 90-х годов, содержатся не только предпосылки для выработки государственной политики в области охраны здоровья детей, но и проявляются элементы ее будущей структуры. В Указе Президента Российской Федерации от 27 марта 1993 г. № 405 «О неотложных мерах по стабилизации уровня жизни населения Российской Федерации в 1993 году» [257] нельзя не отметить наличие одного исключительно важного требования, адресованного органам исполнительной власти (которое не было обеспечено политическими мерами и поэтому не выполнялось), а именно: «при подготовке и реализации решений, связанных с экономической и финансовой стабилизацией, учитывать их социальные последствия и воздействие на уровень жизни населения». Эта не утратившая

актуальности норма указа имеет ключевое значение при разработке принципов государственной политики в области охраны здоровья детей. Данной нормой, впервые с начала либерализации экономики в России, в систему ее правового регулирования был введен новый (пока не реализованный) элемент – определение социальных издержек осуществляемых рыночных реформ, интегральным показателем которых явилось значительное увеличение численности населения с доходами ниже прожиточного минимума[12]. В 1992 и в 1999 гг. численность указанной группы населения возрастала по сравнению с 1990 г., соответственно, в 21,8 и 19 раз (рис. 6).

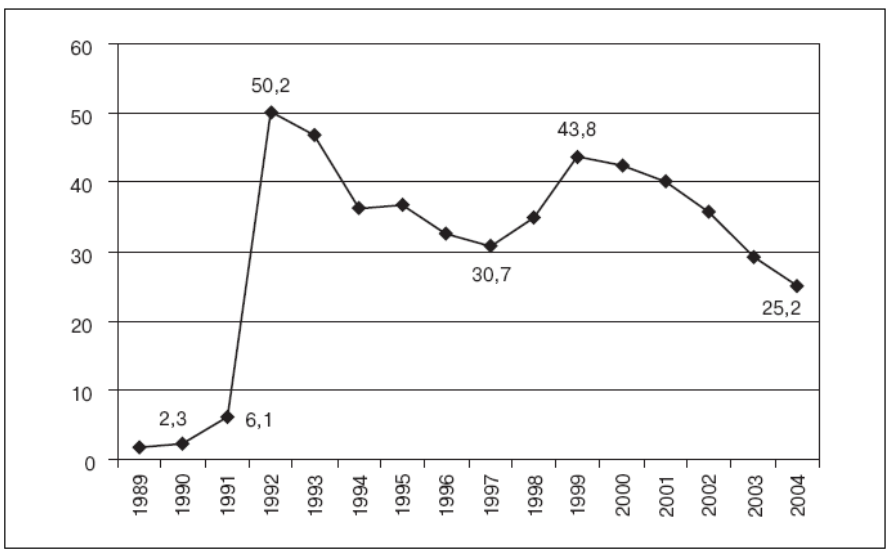

Рис. 6. Численность населения с денежными доходами ниже прожиточного минимума в 1989–2004 гг. (млн человек).

Анализ федеральных нормативных правовых актов и научных публикаций по проблемам детства позволяет отметить два основных мотива фиксации внимания на подобных социальных издержках:

– первый – официальное заявление Правительства Российской Федерации, сделанное за полгода (1992 г.) до принятия указа о том, что экономическим преобразованиям в нашей стране не предшествовал прогноз их влияния на положение детей [65, с.18];

– второй – научно обоснованный вывод о необходимости принятия законодательной нормы, предусматривающей экспертизу и обсуждение всех государственных общественно значимых проектов, решений и т. п. с точки зрения последствий их влияния на положение детей в Российской Федерации, в том

числе на сферу детского здравоохранения (1993 г.) [104].

В 1995 г. этот вывод был подтвержден в Государственном докладе о положении детей [123].

С 12 декабря 1993 г. государственные меры по обеспечению права детей на охрану здоровья осуществляются в соответствии с нормами новой Конституции Российской Федерации [92]. Так, в статье 114 установлено, что в стране проводится единая государственная политика в области здравоохранения.

Необходимо отметить, что в отличие от предыдущей, новая Конституция не гарантирует детям обязательного среднего образования, имеющего большое здравоохранительное значение. Через семь месяцев после принятия Конституции Указом Президента Российской Федерации от 8 июля 1994 г. № 1487 [261] право граждан на получение бесплатного среднего (полного) образования было «по существу восстановлено». Однако и в настоящее время статья 43 Конституции Российской Федерации «не предусматривает обязательность и уменьшает доступность бесплатного полного среднего образования для детей» [141, с. 13]. Эта констатация, содержащаяся в Государственном докладе о положении детей в 1993 г., дополняет содержащийся в этом документе общий вывод о том, что негативные социальные последствия перехода к рыночным отношениям заметно ухудшили положение детей, привели к ослаблению инфраструктуры здравоохранения.

В общем объеме происходивших в 1990–1993 гг. социально-экономических и здравоохранительных процессов в России в качестве факторов, повлиявших на развитие представлений о роли государственной политики в обеспечении прав детей на охрану здоровья, следует отметить следующие:

– высокую степень объективности оценки положения детей, содержащейся в Первоначальном докладе Российской Федерации Комитету по правам ребенка (1992 г.) и в Государственном ежегодном докладе «Положение детей в Российской Федерации, 1993 год»;

– постановку вопроса о необходимости экспертизы общественно значимых социальных проектов для предотвращения неблагоприятных последствий их реализации, в том числе на состояние здоровья детей;

– включение вопросов охраны здоровья детей в нормативные правовые акты, регулирующие отношения в сферах здравоохранения и образования;

– включение программы «Дети России» в перечень федеральных целевых программ (1993 г.);

– признание государственной политики в качестве правового

механизма обеспечения интересов детей, в т. ч. в охране здоровья.

1.2. Правовое регулирование в области охраны здоровья детей в 1994–1998 гг.

В исследуемый период одним из факторов актуализации принятия федеральных нормативных правовых актов, охватывающих проблемы охраны здоровья детей, стали обязательства Российской Федерации по выполнению Конвенции о правах ребенка и Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей. Среди указанных актов особое значение имело Постановление Правительства Российской Федерации «О порядке разработки и структуре Национального плана действий в интересах детей Российской Федерации до 2000 года» (1994 г.)[13], предусматривавшего широкий спектр мер по улучшению положения детей.

Однако основной причиной активизации принятия нормативных правовых актов явились тяжелые реальности детства в России.

Одним из проявлений нарастающих трудностей в сфере охраны здоровья детей стала резко обострившаяся проблема обеспечения доступности детских лекарств в связи с их высокой стоимостью. Частично эта проблема была решена принятием в 1994 г. постановления Правительства Российской Федерации [170], которым утвержден перечень групп детей, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, в т. ч. детям первых трех лет жизни, детям из многодетных семей в возрасте до 6 лет, детям-инвалидам и др.

В связи с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией был принят Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» [279], регулирующий ряд педиатрических аспектов. Законом, в частности, установлено, что медицинское освидетельствование несовершеннолетних в возрасте до 14 лет может проводиться по просьбе или с согласия их законных представителей, которые имеют право присутствовать при проведении медицинского освидетельствования (статья 7), в случае выявления ВИЧ-инфекции у несовершеннолетних в возрасте до 18 лет работники учреждений уведомляют об этом родителей или иных законных представителей указанных лиц (статья 13).

Вопросы охраны здоровья детей нашли отражение в

нормативных правовых актах, регулирующих отношения в различных сферах жизнедеятельности общества.

Так, во вступившем в силу Семейном кодексе Российской Федерации от 29 декабря 1995 г. № 223-ФЗ [238] было установлено, что детство находится под защитой государства (статья 1), родители обязаны заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии своих детей (статья 54)[14].

В Федеральном законе от 18 июля 1995 г. № 108-ФЗ «О рекламе» [282] предусмотрены специальные нормы (статья 20), защищающие несовершеннолетних в производстве, размещении и распространении рекламы. Законодателем учтены возрастные социально-психологические особенности несовершеннолетних (такие, как «легковерность и отсутствие опыта») и определены правовые механизмы для защиты от злоупотреблений, угрожающих здоровью детей (в частности, запрещено размещение в рекламе информации, показывающей несовершеннолетних в опасных местах и ситуациях).

Важнейший педиатрический компонент содержится в Федеральным законе от 19 мая 1995 г. № 81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей» [280], которым установлены (статья 3): пособие по беременности и родам; единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности; единовременное пособие при рождении ребенка; ежемесячное пособие на период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет; ежемесячное пособие на ребенка.

Вместе с тем, профилактическая составляющая в системе мер по охране здоровья детей в нормативных правовых актах, нацеленных на решение проблем детства, оставалась недостаточной. Включение в 1994 г. целевой программы «Организация летнего отдыха детей» в Президентскую программу «Дети России» не повлекло за собой положительных изменений. Вместо обеспечения права каждого ребенка на отдых и оздоровление в 1995 г. Правительство Российской Федерации поручило Федеральной службе занятости России организовать временные рабочие места для подростков в период каникул [171]. В государственном докладе о положении детей в Российской Федерации (1995 г.) было признано, что проблема организации летнего отдыха и оздоровления детей остается одной из самых острых [124]. Летом 1995 г. число отдохнувших в оздоровительных лагерях детей снизилось по причинам недостаточного финансирования, а также в связи с сокращением числа загородных детских оздоровительных лагерей, ростом

стоимости путевок и др.

В исследуемый период решение острых вопросов оздоровления детей и профилактики болезней в детском возрасте не получило необходимой правовой поддержки. В 1995 г., спустя почти три года после вступления в силу Закона Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-I «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [77], была принята Федеральная целевая программа «Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи (1995–1997 гг.)», утвержденная Постановлением Правительства Российской Федерации от 20 апреля 1995 г. № 383 [274]. В программе указано, что число инвалидов вследствие психических расстройств значительно возросло. Однако этот факт не нашел адекватного отражения в форме мер первичной профилактики. В программе отмечена необходимость расширения научно-практических разработок по проблемам «вторичной и третичной профилактики психических расстройств», действительно актуальных, но без решения вопросов первичной профилактики лишенных системных качеств.

Аспекты профилактики детской инвалидности недостаточно отражены в Федеральном законе от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»[15] [285]. В статье 8 Закона установлено лишь, что в профилактике инвалидности участвуют федеральные учреждения медико-социальной экспертизы.

В начале 1996 г. постановлением Правительства Российской Федерации [173] был утвержден план действий по улучшению положения детей в Российской Федерации на 1995–1997 гг., состоящий из 52 пунктов. Первый пункт этого плана предусматривал формирование предложений по предупреждению эксплуатации детского труда и обеспечению прав несовершеннолетних в процессе их трудоустройства. Такой приоритет отражает крайне неблагоприятную реальность, отмеченную через два года в очередном государственном докладе о положении детей: «несмотря на то, что труд в определенной мере способствует социальной адаптации подростков, ранняя трудовая деятельность в неадекватных условиях увеличивает долю детей, приобщающихся к негативным формам поведения взрослых (ранняя алкоголизация, наркотизация, курение, ранняя сексуальная активность и др.)» [42, с. 59]. Одним из следствий реализации таких форм поведения явилось распространение среди подростков заболеваний, передаваемых половым путем. В 1997 г. заболеваемость подростков в возрасте 15–17 лет сифилисом возросла по сравнению с 1991 г. в 36 раз. В этот

период заболеваемость сифилисом в России стала максимальной в Европейском регионе, а распространенность врожденного сифилиса возросла в 9 раз [250]. В последующий период величина этого показателя уменьшалась, но и в 2006 г. заболеваемость подростков сифилисом оставалась более чем в 5 раз выше, чем в начале 90-х годов (рис. 7).

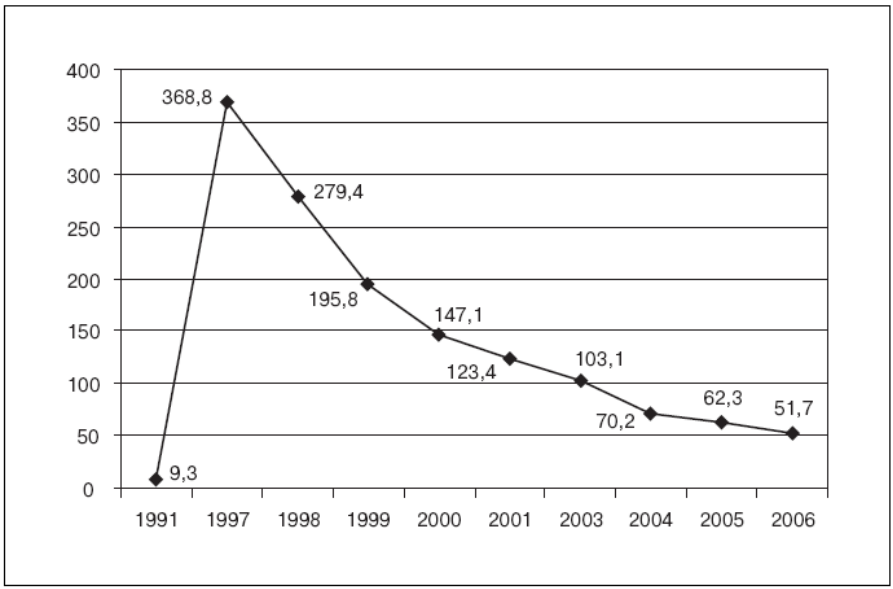

Рис. 7. Динамика заболеваемости сифилисом подростков в возрасте 15–17 лет в 1991–2006 гг. (на 100 тыс. подростков).

Примерно пятая часть указанного плана действий по улучшению положения детей в Российской Федерации на 1995–1997 гг. включала медико-организационные и правовые мероприятия, соответствующие насущным потребностям охраны здоровья детей, в т. ч. направленные на:

– разработку предложений по обеспечению прав пациента-ребенка;

– разработку предложений по определению правовых основ профилактических прививок несовершеннолетним;

– разработку механизмов реализации государственных гарантий по предоставлению бесплатной медицинской помощи;

– разработку научно обоснованных медико-биологических критериев оценки условий труда с целью определения показаний к использованию труда женщин и подростков;

– разработку и внедрение протоколов (стандартов) оказания лечебно-профилактической помощи детям и женщинам с учетом возраста, состояния здоровья и уровня оказания медицинской

помощи и т. д.

Следует отметить, что финансовое обеспечение реализации этого обстоятельного плана действий по улучшению положения детей в постановлении Правительства Российской Федерации не определено.

Одной из наиболее болезненных проблем детства в России было и остается тяжелое положение детей-сирот, численность которых в исследуемый период неуклонно возрастала. Эта группа детей склонна к криминальному поведению и, соответственно, подвержена социальным болезням, психическим расстройствам, суицидам. В 1996 г. Правительство Российской Федерации признало недостаточно эффективными меры, принимаемые для сокращения числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Решению проблем таких детей должен был содействовать Федеральный закон от 21 декабря 1996 г. № 159-ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» [293]. В законе установлено, что дополнительные гарантии по социальной поддержке представляют собой законодательно закрепленные дополнительные меры по социальной защите прав детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также лиц из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, во время получения ими очного профессионального образования (статья 1). По логике, понятие «дополнительные меры» должно подразумевать меры «сверх ранее установленных». Однако в статье 7 в качестве дополнительных гарантий указаны бесплатное медицинское обслуживание и оперативное лечение в государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждениях, в том числе проведение диспансеризации, оздоровления, регулярных медицинских осмотров, т. е. именно те формы медицинской помощи, право на которое уже зафиксировано в статье 41 Конституции Российской Федерации.

В 1996 г. было принято решение о продлении Президентской программы «Дети России» на 1996–1997 годы [263]. В программе обозначена ее цель: обеспечение социальной защиты детей в период социально-экономических преобразований и реформ. Прогнозировалось, что осуществление программы позволит улучшить положение в сфере охраны здоровья детей, снизить материнскую и младенческую заболеваемость и смертность, уменьшить в течение ближайших пяти лет число детей-инвалидов[16]. Реальное осуществление программы тормозилось недостаточным финансированием. Например, в 1997 г. федеральная целевая программа «Развитие индустрии детского

питания», входящая в президентскую программу «Дети России», была профинансирована по капитальным вложениям лишь на 22 % [42]. В связи с этим, в Государственном докладе о положении детей (1997 г.) отмечена необходимость законодательного закрепления нормы, в соответствии с которой финансирование президентской программы «Дети России» должно осуществляться отдельной защищенной строкой федерального бюджета [63, с. 69].

Анализ нормативных правовых актов, принятых в середине 90-х годов, позволяет отметить одну существенную позитивную особенность динамики этого процесса – возрастающий методологический уровень их подготовки, что свидетельствует об усилении научной поддержки государственных стратегических решений в интересах семьи и детства.

По нашим оценкам, в качестве такого положительного примера можно указать на «Основные направления государственной семейной политики» (1996 г.), утвержденные Указом Президента Российской Федерации от 14 мая 1996 г. № 712 [265], где дано определение данной сферы политики, обоснованы приоритеты, ценности, принципы, субъекты и объект политики, приведены ссылки на международные документы. В целом, этот документ, несмотря на декларативность многих его положений, неподкрепленных конкретными мерами по осуществлению, представляет интерес с точки зрения методологии построения общей структуры подобных проектов. В качестве его достоинств следует выделить, во-первых, то, что он охватывает смежные с институтом семьи сферы, в т. ч. охрану здоровья детей. Отмеченный факт свидетельствует не только о системности предмета политики, но и о степени остроты этих вопросов в исследуемый период истории России. Во-вторых, указом установлена норма, согласно которой необходимо «осуществлять экспертизу всех законопроектов с точки зрения оценки влияния принимаемых мер на положение семьи, условия реализации ею своих функций». Это, к тому времени уже не новое требование, не нашло практического воплощения, о чем свидетельствует принятие через 8 лет после утверждения «Основных направлений государственной семейной политики» Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ [315], по ряду положений противоречащего нормам Конвенции о правах ребенка (более подробно данный вопрос рассмотрен в разделе 5.2.2.).

О недостаточной эффективности осуществляемых мер по обеспечению прав детей свидетельствуют выводы, содержащиеся в Постановлении Государственной Думы от 5 декабря 1996 г.

№ 881-II ГД «О социальной защите и поддержке семьи, детей и молодежи» [151], в котором обращено внимание общества на ухудшение здоровья граждан, рост материнской и детской смертности, увеличение числа больных детей, детей-инвалидов, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. В связи с этим, Государственная Дума установила приоритетной в своей деятельности подготовку и принятие законодательных актов по социальной защите и поддержке семьи, детей и молодежи. В Обращении к Президенту Российской Федерации (1997 г.) Государственная Дума поставила вопрос о необходимости принятия неотложных мер по активизации *государственной политики в интересах детей* [152]. Такая мера была обоснована тем, что в течение двух предшествующих лет резко увеличилось (до 54 %) число семей с детьми в возрасте до 16 лет, где денежные доходы ниже прожиточного минимума. В обращении подчеркнуто, что почти 12 миллионов детей России голодают.

Решение вопросов обеспечения детей питанием было определено в Постановлении Правительства Российской Федерации от 13 августа 1997 г. № 1005 «Об упорядочении бесплатного обеспечения детей первого – второго года жизни специальными молочными продуктами детского питания» [177], согласно которому органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации предложено рассмотреть вопрос об установлении условий и порядка бесплатного обеспечения детей специальными молочными продуктами детского питания с учетом среднедушевого дохода семьи и его соответствия прожиточному минимуму, установленному на территории субъекта Российской Федерации.

Несмотря на остроту проблем охраны здоровья детей, в Постановлении Правительства Российской Федерации от 19 сентября 1997 г. № 1207 «О федеральных целевых программах по улучшению положения детей в Российской Федерации на 1998–2000 годы» [178] из 11 утвержденных федеральных целевых программ Министерство здравоохранения России выступало государственным заказчиком лишь по двум – «Планирование семьи» и «Безопасное материнство».

В рассматриваемый период нарастающая коммерциализация медицинской помощи, в том числе детям, стала реальностью, противоположной мировым прогрессивным тенденциям[17]. В 1997 г. факт коммерциализации медицинской помощи в России был критически оценен в Среднесрочной программе сотрудничества между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Европейским региональным бюро ВОЗ

на 1998–1999 годы [210], где отмечалось, что за последние пять лет состояние здоровья детей характеризуется негативными изменениями, вместе с тем, декларированные государством гарантии на оказание бесплатной медицинской помощи населению, нередко не выполняются, лекарства из-за высоких цен становятся малодоступными для большей части населения. Приведенные оценки совпадали с выводами, содержащимися в программе Правительства Российской Федерации «Структурная перестройка и экономический рост в 1997–2000 годах» [176]. Однако, несмотря на признание резкого снижения уровня жизни населения в период либеральных реформ, в программе предусматривались меры по «расширению платности» медицинской помощи, что еще более усугубляло тяжелое положение семей с детьми.

С предусмотренным данной программой «расширением платности» не согласуется задача, зафиксированная в том же году в Концепции национальной безопасности Российской Федерации [96], где обозначена необходимость усиления внимания органов государственной власти развитию государственной медицинской помощи, осуществлению государственного протекционизма в отечественной медицинской и фармацевтической промышленности. В этом документе кризис систем здравоохранения и социальной защиты населения объявлены как угроза физическому здоровью нации.

Такие же жесткие, тревожные констатации содержались в принятой в 1997 г. Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации [179], где подчеркивалось, что «кризис деятельности медицинских учреждений приближается к той черте, за которой следует распад всей системы здравоохранения». В Концепции в качестве важнейшего направления деятельности для выхода из кризиса зафиксирована необходимость формирования *государственной политики в области здравоохранения и медицинской науки*. Однако и в Концепции, и в последующих официальных федеральных документах и нормативных правовых актах эта задача не получила необходимого развития.

До настоящего времени в Российской Федерации нет научно обоснованной и законодательно закрепленной государственной политики в области здравоохранения и медицинской науки.

Необходимо также подчеркнуть, что при выработке Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации не была использована возможность принятия на столь высоком уровне мер по улучшению детского здравоохранения. В этом документе вопросы детства были

ограничены декларацией необходимости принятия «действенных мер по развитию службы охраны материнства и детства при концентрации усилий на совершенствовании первичной медико-санитарной помощи детям и подросткам, развитию служб планирования семьи и безопасного материнства, интеграции родовспомогательных учреждений с общей лечебной сетью». В плане мероприятий по реализации Концепции на 1997–1998 годы меры в области обеспечения права детей на охрану здоровья не предусмотрены.

Можно было ожидать, что осуществлению таких мер будет способствовать План действий по улучшению положения детей в Российской Федерации на 1998–2000 годы, принятый Постановлением Правительства Российской Федерации от 18 декабря 1997 г. № 1565 [180]. В действительности этот план состоял из пятнадцати пунктов, где в числе первых указан пересмотр предельных норм переноски и передвижения тяжестей лицами моложе 18 лет, что вновь свидетельствовало о широком вовлечении детей из бедных семей в вынужденную трудовую деятельность. План включал также ряд педиатрических и медико-организационных мер, в том числе: скрининг на врожденные болезни обмена веществ, дополнительные меры по профилактике недостаточности йода и фтора у детей, мониторинг детской инвалидности, совершенствование форм и методов медицинского обслуживания детей в детских домах и школах-интернатах.

Улучшению правового обеспечения охраны здоровья детей должно было послужить принятое в том же году Постановление Правительства Российской Федерации от 26 февраля 1997 г. № 222 «О Программе социальных реформ в Российской Федерации на период 1996–2000 годов» [175], предусматривавшее принятие федеральных законов «О государственной системе здравоохранения», «Об основах муниципальной системы здравоохранения», «О частной системе здравоохранения», «О правах пациента». До настоящего времени такие законы в Российской Федерации не приняты.

В исследуемый период проблема реального осуществления «детских программ» оставалась исключительно острой в связи с недостаточным их финансированием. Указом Президента Российской Федерации от 15 января 1998 г. № 29 «О президентской программе «Дети России» на 1998–2000 годы» [267] было установлено продлить действие этой программы на период 1998–2000 годов[18]. В значительной мере данное решение связано с невыполнением ранее принятых планов. Например, в 1997 г. федеральная целевая программа «Дети Севера» была профинансирована на 44 % по текущим расходам и на 7 % по

капитальным вложениям [63].

По приведенному и другим подобным фактам Государственная Дума приняла Постановление от 5 ноября 1998 г. № 3201-II ГД «Об итогах выполнения федеральной программы «Дети России» в 1995–1998 годах и о потребностях в ее финансировании в 1999–2000 годах» [155], где финансирование федеральных целевых программ, входящих в состав федеральной программы «Дети России», оценено как крайне неудовлетворительное.

Проблемы финансирования мер по решению проблем детства касались не только федеральной программы «Дети России». В Постановлении Государственной Думы от 22 мая 1998 г. № 2497-II ГД «О реализации Федерального закона «О внесении дополнений в Федеральный закон «О федеральном бюджете на 1996 год» (в части финансирования расходов на санаторно-курортное лечение и отдых детей)» [153] было отмечено нестабильное и неполное финансирование санаторно-курортных учреждений, а также снижение доступности лечения в этих учреждениях для большинства малообеспеченных семей в связи с ростом стоимости путевок, высокими тарифами на транспорт. В пользу необходимости устранения этого недостатка в постановлении делался акцент на то, что дети, прошедшие лечение в санаториях, в 2–6 раз реже болеют. Частично проблема была решена принятием Федерального закона от 16 июля 1998 г. № 99-ФЗ «О льготах на проезд на междугородном транспорте для детей, нуждающихся в санаторно-курортном лечении» [299], которым установлено (статья 1) право детей, нуждающимся в санаторно-курортном лечении, при наличии конкретных условий, на 50 %-ю скидку со стоимости проезда на междугородном транспорте один раз в год к месту лечения и обратно в пределах Российской Федерации[19].

В 1998 г. был принят ряд нормативных правовых актов, регулирующих отношения в сфере здравоохранения, включая охрану здоровья детей. Так, в интересах защиты прав детей-пациентов Федеральным законом от 22 июня 1998 г. № 86-ФЗ «О лекарственных средствах» [298] установлен запрет на проведение клинических исследований лекарственных средств на несовершеннолетних (статья 40), за исключением тех случаев, когда лекарственное средство предназначается исключительно для лечения детских болезней, или когда целью клинических исследований является получение данных о наилучшей дозировке лекарственного средства для лечения несовершеннолетних. Законом установлено, что в таком случае клинические исследования лекарственного средства предварительно должны

проводиться на совершеннолетних. При проведении клинических исследований лекарственных средств на несовершеннолетних необходимо письменное согласие их родителей. Законом запрещено проведение клинических исследований лекарственных средств на несовершеннолетних, не имеющих родителей.

В том же году впервые была утверждена Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью[20]. Принятый в дальнейшем ряд изменений, в том числе в названии программы, не касался ее существа. Программа регламентирует перечень видов медицинской помощи, предоставляемых населению бесплатно[21], базовую программу обязательного медицинского страхования, объемы медицинской помощи и ряд других параметров, касающихся финансирования. Однако уже в следующем 1999 г. дефицит финансовых средств на реализацию программы государственных гарантий составил 32 %, что явилось основанием для вывода о ее неэффективности, поскольку несбалансированность объемов необходимой бесплатной медицинской помощи и имеющихся ресурсов «ставит под сомнение употребление слова «гарантии»» (К. Ю. Лакунин, 1999) [103]. В последующий период дефицит финансовых средств на осуществление программы был снижен.

Во второй половине 90-х годов важным этапом в формировании государственных мер в области охраны здоровья детей стало принятие Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» [300], который был оценен как имеющий стратегическое значение [251]. В нашей стране этот закон принят несколько позднее, чем подобные акты в зарубежных странах, например Великобритании (1989 г.), Северной Ирландии (1995 г.), Шотландии (1995 г.). Особенностью российского закона является то, что в нем впервые законодательно зафиксированы цели, принципы и ряд других параметров *государственной политики в интересах детей*. Закон включает здравоохранительный компонент и обязывает (статья 14) принимать меры защиты детей от рекламы алкогольной продукции и табачных изделий, от распространения печатной продукции, аудио– и видеопродукции, пропагандирующей насилие и жестокость, порнографию, наркоманию, токсикоманию, антиобщественное поведение. Важным требованием закона (статья 14) является проведение экспертизы (социальной, психологической, педагогической, санитарной) промышленной продукции для детей, что необходимо для обеспечения безопасности жизни, охраны здоровья, нравственности ребенка,

защиты его от негативных воздействий. Для педиатров существенное значение имеют положения статьи 1 данного закона, где приведен свод признаков, по которым можно идентифицировать ребенка, оказавшегося в трудной жизненной ситуации. Закон (статья 15) гарантирует право такого ребенка на особую заботу и защиту со стороны органов власти. Защита прав детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, включает обеспечение их выживания и развития путем создания соответствующих социальных служб для детей. Закон не допускает изменения назначения или ликвидации объекта социальной инфраструктуры для детей без предварительной специальной экспертной оценки возможных последствий, в том числе в отношении сохранения доступности детям лечебно-профилактической помощи (статья 13).

Несмотря на целый ряд недостатков (их анализ представлен в разделе 4.2. настоящего исследования), данный закон является сегодня одной из главных правовых основ выработки государственной политики в области охраны здоровья детей.

Принятый в том же году Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» [301] имеет значение не только в качестве важного фактора снижения инфекционной заболеваемости в стране. Особенностью этого акта является то, что в нем установлены правовые основы *государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных болезней*, осуществляемой в целях охраны здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации. Таким образом, при разработке закона использована способность политики как нормативно-регулятивной системы упорядочивать общественные отношения в интересах охраны здоровья детей.

Подобное значение имеет «Концепция *государственной политики в области здорового питания* населения Российской Федерации на период до 2005 года», утвержденная Постановлением Правительства Российской Федерации от 10 августа 1998 г. № 917, в которой указанное направление политики определяется как комплекс мероприятий, направленных на создание условий, обеспечивающих удовлетворение потребностей различных групп населения в рациональном, здоровом питании с учетом их традиций, привычек и экономического положения, в соответствии с требованиями медицинской науки [181]. Социальное звучание этого документа усилено содержащейся в нем констатацией того, что трудности в обеспечении полноценным питанием вызваны

кризисным состоянием производства, а также резким снижением покупательской способности большей части населения страны.

К наиболее острым социальным проблемам в современной России относится рост детского и подросткового алкоголизма, токсикомании и наркомании (рис. 8). Эти процессы обусловили принятие Федерального закона от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» [296] и ряда других актов, в т. ч. постановления Государственной Думы (1998 г.) [158], в котором Правительству Российской Федерации предложено разработать концепцию *государственной политики в области противодействия распространению наркомании и токсикомании среди детей и молодежи*, а также ускорить внесение в Государственную Думу проекта федерального закона о медицинской и социальной реабилитации больных наркоманией.

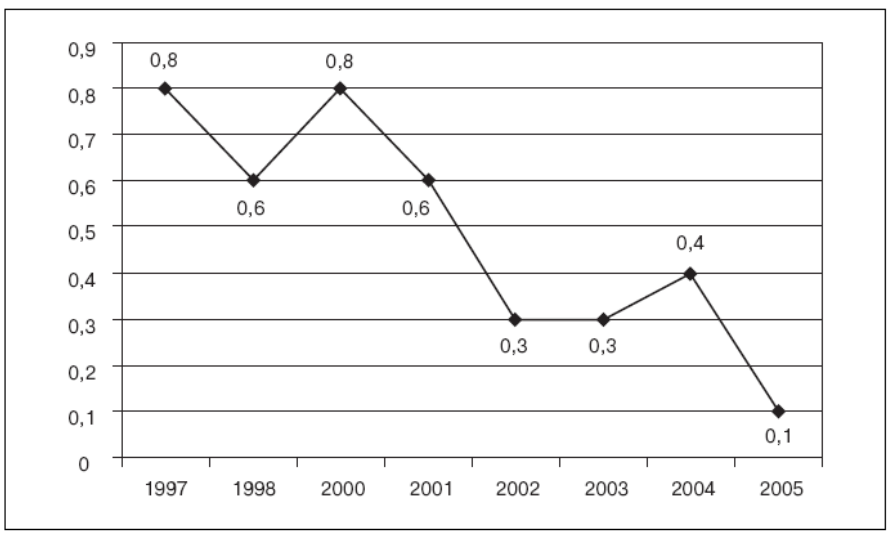

Рис. 8. Число случаев впервые установленного диагноза наркомании среди детей в возрасте 0–14 лет в 1997–2005 гг. (на 100 тыс. детей; по данным государственных докладов о положении детей в Российской Федерации).

До настоящего времени указанные концепция и законопроект не разработаны. Но сама постановка Государственной Думой задачи создания соответствующего направления государственной политики имеет самостоятельное значение, т. к. придает политическому решению этой задачи статус реального способа преодоления конкретной проблемы, связанной с охраной здоровья детей.

Резкое обострение кризисных процессов в России в августе 1998 г. (финансовый дефолт, широкомасштабный спад

производства, рост бюджетного дефицита, всплеск безработицы и т. д.) повлекло быстрое и значительное снижение уровня жизни населения и наиболее тяжело отразилось на положении семей с детьми. По этому поводу в постановлении Государственной Думы [154] было заявлено, что быстрый рост цен привел к резкому ухудшению материальных условий жизни семей, в первую очередь многодетных. В качестве меры по сглаживанию отрицательных последствий кризиса было предложено создать при Правительстве Российской Федерации, органах исполнительной власти субъектов Российской Федерации чрезвычайные комиссии по оказанию помощи нуждающимся детям. Государственная Дума указала также на необходимость принятия экстренных мер по усилению социально-правовой защиты детей и молодежи [157], осуществления научно обоснованной стратегии обеспечения прав человека на жизнь и здоровье [156].

Обобщая результаты данного раздела исследования, следует отметить, что период 1994–1998 гг. явился одним из наиболее трудных для детей в современной истории России. Этот факт обусловил активизацию соответствующей правотворческой работы. Вместе с тем, несмотря на зафиксированную в нормативных правовых актах социально-экономическую обусловленность неблагополучия в сфере охраны детского здоровья, регулирование общественных отношений с целью первичной профилактики болезней не нашло необходимого отражения в законах и в федеральных целевых программах. По этому поводу И. М. Воронцов (1998) отмечал, что именно первичная профилактика болезней создает «для любого государства, любой цивилизации горизонты действительного расцвета» [31].

Низкая эффективность принятых нормативных правовых актов была связана с недостаточной проработкой механизмов реализации законов, недостаточным финансированием детского здравоохранения.

Неблагоприятной особенностью стратегии по решению проблем детства в России явилось расширение использования детского труда в качестве меры для решения экономических проблем в семьях, что стало дополнительным фактором ухудшения здоровья подростков. В системе трудовых отношений, связанных с обеспечением прав ребенка, впервые появилось понятие «юный безработный» [124].

На фоне углубления кризисных процессов в сфере охраны здоровья детей стала очевидной необходимость выработки и законодательного закрепления специальных направлений

государственной политики, в т. ч. государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных болезней, государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации, государственной семейной политики. Указанные факты свидетельствуют, что в середине 90-х годов осуществление законодательно закрепленной государственной политики стало рассматриваться в качестве адекватной меры для решения наиболее острых проблем, в том числе в области здравоохранения. Однако вопрос о выработке и проведении специального научно обоснованного направления государственной политики в области охраны здоровья детей, несмотря на высокую степень актуальности, еще не ставился.

1.3. Проблемы детства и их решение на рубеже XX и XXI веков

В исследуемый период порочный круг «нищеты и болезней» продолжал проявляться ухудшением основных показателей положения детей. Как отмечают Н. Ф. Герасименко и соавт. (2004), связь между бедностью и плохим здоровьем заключается в том, что одно является обязательным следствием другого [37]. Значение этой связи в отношении детей было отражено в выступлении Президента Российской Федерации при представлении ежегодного Послания Федеральному Собранию Российской Федерации (2000): «еще очень многим трудно растить детей» [34]. По оценкам Европейской обсерватории по системам здравоохранения, сотрудничающей с ЕРБ ВОЗ, в России «здоровье детей и подростков находится в плачевном состоянии. Во многом это обусловлено крайне неблагоприятными социальными и материальными условиями жизни значительной части детей» (2003) [250].

Одним из признаков кризисного общества является рост заболеваемости инфекциями. В 2000 г. Министерство здравоохранения Российской Федерации заявило, что в сложных условиях экономического и социального развития санитарно-эпидемиологическую обстановку в Российской Федерации следует оценивать как напряженную, а ее негативное влияние на здоровье населения является существенным [43, с. 4].

В наибольшей степени такое негативное влияние испытывали на себе безнадзорные и беспризорные дети, число которых в России значительно возросло. Масштабы и тяжелые последствия социальной депривации указанной группы детей определили необходимость принятия Федерального закона от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» [305], включавшего и определенные здравоохранительные меры (статья 18). Критически оценивая эти меры, следует отметить их слабую профилактическую направленность. Из 11 пунктов части 1 данной статьи, регулирующей полномочия органов и учреждений здравоохранения, лишь один (пункт 1) затрагивает вопросы профилактики (распространение санитарно-гигиенических знаний). Предназначение остальных, минуя причины, воздействовать на следствие: психиатрическая, наркологическая, токсикологическая, венерологическая помощь и т. д. беспризорным и безнадзорным детям.

При продолжающемся общем росте инфекций в России, благодаря целенаправленным, в том числе законодательным, мерам удалось не допустить роста заболеваемости детей дифтерией, эпидемическим паротитом, корью, дизентерией. Этому способствовало, в частности, принятие Федерального закона от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» [302], в котором установлена обязанность граждан заботиться о здоровье, гигиеническом воспитании своих детей (статья 10), сформулировано требование обязательного соблюдения научно обоснованных физиологических норм питания детей в дошкольных и других образовательный учреждениях (статья 17), определены санитарно-эпидемиологические требования к условиям воспитания и обучения детей (статья 28), регламентирована работа по гигиеническому воспитанию и обучению детей (статья 36), закреплено право детей на профилактические прививки (статья 35).

В законе установлено, что определение основных направлений *государственной политики в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения* относится к полномочиям Российской Федерации (статья 5), однако структура и содержание данного направления политики не раскрыты.

В кризисные периоды развития общества семьи с детьми всегда составляют наиболее массовую группу бедного населения [251]. В таких семьях чаще регистрируются острые кишечные инфекционные заболевания и бактериальные пищевые отравления вследствие употребления в пищу низкокачественных продуктов питания. В связи с возрастающей угрозой распространения указанных инфекций был принят Федеральный закон от 2 января 2000 г. № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов» [310], регулирующий отношения в сфере обеспечения качества пищевых продуктов и их безопасности для здоровья детей. В законе дано определение понятия «продукты детского питания», к которым отнесены пищевые продукты, предназначенные для питания детей в возрасте до 14 лет и отвечающие физиологическим потребностям детского организма (статья 1). Установлено (статья 14), что мониторинг качества и безопасности пищевых продуктов, здоровья населения осуществляется, помимо прочего, в целях определения приоритетных направлений *государственной политики в области обеспечения качества и безопасности пищевых продуктов, охраны здоровья населения*.

Как видно из приведенных данных, в исследуемый период

государственная политика стала все более широко привлекаться в качестве способа решения наиболее острых проблем охраны здоровья. Этот процесс был усилен в 2000 г., когда была законодательно утверждена Федеральная программа развития образования, являющаяся организационной основой *государственной политики в области образования* [311] и включающая ряд важных вопросов охраны здоровья учащихся (более подробная характеристика этого акта представлена в разделе 4.3.).

Вовлечение проблем охраны здоровья детей в сферы правового регулирования различных секторов жизнедеятельности общества не повлияло на реальное усиление их взаимодействия в интересах сохранения детского здоровья. В результате одобренная в 2000 г. Правительством Российской Федерации «Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года», охватывающая и аспекты охраны здоровья детей, оказалась без межсекторальной поддержки, поскольку в качестве основного направления деятельности предусматривала «прежде всего, воздействие на индивидуальные привычки людей» [97]. Таким образом, при формировании данной Концепции не была реализована возможность выработки и использования государственной политики в области здравоохранения в качестве инструмента регулирования широкого спектра общественных отношений, непосредственно или опосредованно влияющих на состояние здоровья граждан. В этом документе нетрудно увидеть игнорирование роли социально-экономических факторов, определяющих нездоровье человека. Социолог И. В. Журавлева (2002), исследующая проблемы охраны здоровья подростков, обоснованно считает, что привлечение к формированию Концепции только специалистов Министерства здравоохранения России и Российской академии медицинских наук без участия ученых, работающих в смежных областях знания, не позволяет надеяться на необходимые изменения социальной политики в сфере здоровья подростков, состояние здоровья которых ухудшается [66, с. 6–7].

По нашим оценкам, при решении практических вопросов политики в сфере здравоохранения в исследуемый период не были использованы в необходимом объеме результаты проведенных к тому времени научных исследований по данной проблеме (О. П. Щепин и соавт., 1999) [330]. В результате в принятом в 2001 г. решении коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации и президиума Российской академии медицинских наук «О Государственном докладе «О состоянии здоровья населения Российской Федерации

в 2000 году»» [229] была подчеркнута необходимость совершенствования *политики в области охраны здоровья граждан*, но содержание предмета совершенствования как и в ранее принимавшихся нормативных правовых документах по здравоохранению, не было раскрыто.

Недостаточное взаимодействие различных институтов общества в интересах охраны детского здоровья проявилась и в том, что в утвержденных в 2000 г. постановлением Правительства Российской Федерации десяти федеральных целевых программах по улучшению положения детей[22] решение вопросов охраны здоровья не зафиксировано в качестве приоритетной общегосударственной задачи. Вместе с тем, в государственном докладе о положении детей в России (2000) было вновь констатировано, что состояние здоровья детей и подростков продолжает устойчиво ухудшаться [124]. При этом «наибольшая катастрофа со здоровьем отмечается у детей раннего возраста и подростков» (О. В. Шарапова, 2002) [324].

Результаты настоящего исследования позволяют сделать вывод о том, что недостаточная интеграция усилий общества по охране здоровья детей отражает два, хотя и разнонаправленных, но взаимосвязанных вектора противоречий в системе детского здравоохранения:

1) сохраняющаяся устойчивая ограниченность решения проблем охраны здоровья детей преимущественно рамками сектора здравоохранения;

2) недостаточное привлечение научно-практического потенциала сектора здравоохранения (его педиатрической составляющей) к решению крупных комплексных государственных задач.

В качестве примера реализации первого вектора данного процесса можно указать на «План действий по улучшению положения детей в Российской Федерации на 2001–2002 гг.», утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 21 августа 2001 г. № 1090-р [137]. В этом документе, несмотря на его значительные интегральные возможности, в разделе по охране здоровья детей содержалось всего пять пунктов, отражающих решение действительно актуальных, но не выходящих за рамки секторальных педиатрических и медико-организационных решений проблем (профилактика врожденных пороков развития у детей, разработка критериев оценки нервно-психического развития детей, развитие центров телекоммуникационной связи и т. д.). Вне указанного плана остались вопросы финансирования, правового и научного обеспечения охраны здоровья детей, первичной профилактики

заболеваний детей и др.

Примером второй тенденции (недостаточного привлечения педиатров к решению комплексных государственных задач) является Концепция демографического развития Российской Федерации на период до 2015 г., утвержденная Распоряжением Правительства Российской Федерации от 24 сентября 2001 г. № 1270-р [95], в которой среди здравоохранительных «приоритетов демографического развития» вопросы укрепления здоровья детей и подростков сведены к профилактике травматизма и отравлений, борьбе с курением, алкоголизмом и наркоманией, а также развитию физической культуры и спорта и организации досуга. Вне перечня приоритетов остались проблемы первичной профилактики болезней в детском возрасте, проблемы снижения младенческой и смертности детей в раннем возрасте, проблемы сохранения здоровья семьи как объекта демографической политики, вопросы организации комплексных медико-демографических исследований. Таким образом, при разработке указанной Концепции не была принята во внимание необходимость значительного усиления ее педиатрической составляющей, на которую накануне принятия этого документа было указано в решении коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации (март, 2001 г.), где констатировано, что продолжающееся ухудшение здоровья детей, обусловленное сложившейся обстановкой в стране, имеет особую значимость в связи с демографической ситуацией в Российской Федерации [228].

Отсутствие комплексного подхода к решению демографических и педиатрических проблем Заместитель Председателя Правительства Российской Федерации Г. Н. Карелова (2001) объясняет тем, что к тому времени во властных структурах еще не сложились представления «по поводу того, нужна ли государственная политика, регулирующая численность, состав и структуру населения Российской Федерации… Поэтому вопросы качества здоровья и, прежде всего, качества здоровья детей решались стихийно» [86].

Недостаточность научно-методологической поддержки стратегических решений в сфере здравоохранения, в т. ч. в области охраны здоровья детей, прослеживается по результатам анализа принятых в исследуемый период нормативных правовых актов. Так, несмотря на то, что в преамбуле Федерального закона от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» [312] указано его назначение – установление правовых основ осуществления *государственной политики в области предупреждения*

распространения туберкулеза в Российской Федерации, – реальное содержание данного направления государственной политики в законе не раскрыто, нет определения самого понятия. Неопределенность понятия «государственная политика в области предупреждения туберкулеза» обусловила невостребованность интегральной функции этого механизма регулирования общественных отношений. В результате в статье 4 закона, где установлены полномочия Российской Федерации в области предупреждения распространения туберкулеза, такие виды деятельности, как «разработка и принятие нормативных правовых актов, направленных на предупреждение распространения туберкулеза» и «формирование, утверждение и реализация федеральных целевых программ в области предупреждения распространения туберкулеза» зафиксированы в качестве самостоятельных элементов, отдельно от полномочий проведения «государственной политики».

Среди стратегических решений в сфере здравоохранения необходимо отметить поэтапный перевод медицинского обеспечения детей в возрасте от 15 до 17 лет включительно в детские амбулаторно-поликлинические учреждения путем прекращения передачи их в амбулаторно-поликлинические учреждения общей сети [211]. Эта работа была в основном завершена к исходу 2001 г. и связана, в частности, с резким уменьшением (на 40–50 %) числа детей на педиатрических участках [3] вследствие сокращения общей численности детского населения в России (рис. 9). В период с 1991 г. по 2008 г. численность детей сократилась на 13,1 млн человек.

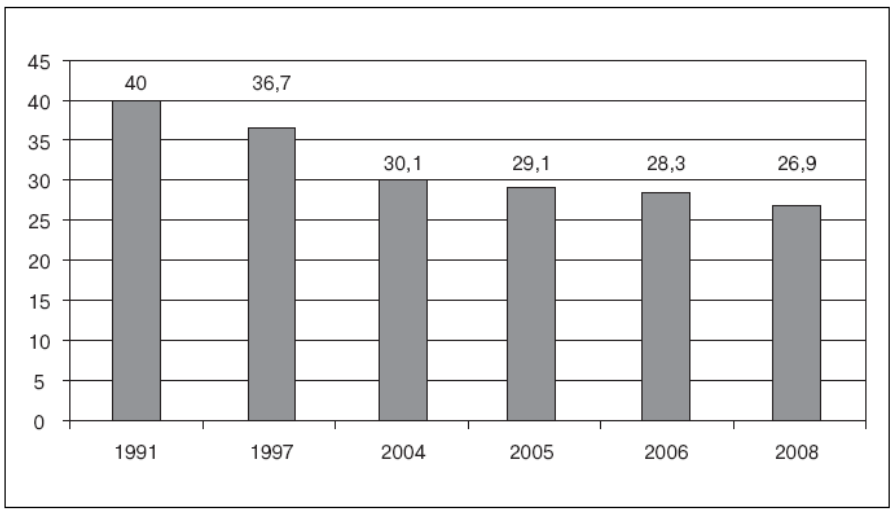

Рис. 9. Динамика численности детского населения в Российской Федерации в 1991–2008 гг. (млн. человек).

В начале XX в., несмотря на принимаемые меры, ситуация в сфере охраны здоровья детей оставалась одной из наиболее острых проблем детства, в связи с чем в 2002 г. в состав федеральной целевой программы «Дети России» на 2003–2006 гг. была впервые введена подпрограмма «Здоровый ребенок» [190]. Критически оценивая эту подпрограмму, специалисты отмечали не только неполный объем ее финансирования[23], но и недостаточную направленность на профилактику, внедрение новых медицинских технологий (в том числе эффективных технологий реабилитации недоношенных и маловесных детей, технологий компьютерного прогноза риска развития внутриутробной инфекции новорожденных и др.) [8].

Подводя итог, на основании анализа развития стратегии охраны здоровья детей в 1990–2003 гг. можно сделать вывод о том, что в этот период государственные меры в сфере детского здравоохранения отражали общую недостаточную эффективность социально-экономической политики и были, как правило, лишь ответной реакцией на изменение экономической ситуации [108]. Следствием децентрализации управления здравоохранением в России стала реальность, отмеченная в докладе Европейской обсерватории по системам здравоохранения (2003): «Министерство здравоохранения больше не устанавливает обязательной для всех политики здравоохранения и ее приоритетных направлений». В докладе отмечена угроза утраты государственной системы здравоохранения [250]. Указанные оценки усиливаются тем фактом, что Российская Федерация не выполнила обязательств по осуществлению положений Декларации и Плана действий «Мир, пригодный для жизни детей»[24], принятой Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 10 мая 2002 г. [223].

Вместе с тем, в связи с нарастающими трудностями в охране здоровья детей, был реализован ряд новых решений, среди которых следует выделить проведение в 2002 г. Всероссийской диспансеризации детей [112, 213]. Критические суждения в отношении некоторых аспектов этой акции[25], не могут снизить ее значение, в частности потому, что была подтверждена общая неблагоприятная направленность вектора исследуемого процесса. В результате, если незадолго до проведения Всероссийской диспансеризации детей Министерство здравоохранения Российской Федерации декларировало для себя задачу определить стратегические направления и приоритеты в сфере охраны здоровья детей (февраль, 2002 г.) [323], то по итогам указанной акции в качестве такого приоритета впервые была

поставлена задача (октябрь, 2003 г.) выработки *научно обоснованной концепции долговременной государственной политики в области охраны здоровья детей* [209].

Постановке данной задачи способствовали предложения специалистов Научного центра здоровья детей РАМН о законодательном закреплении государственной политики в области охраны здоровья детей [7]. В соответствии с этими предложениями, Министерством здравоохранения Российской Федерации была создана рабочая группа для подготовки Концепции проекта Федерального закона «Об охране здоровья детей в Российской Федерации» [271].

Таким образом, в качестве предпосылок актуализации выработки государственной политики в области охраны здоровья детей следует рассматривать следующие процессы и факторы:

– нарастающее ухудшение состояния здоровья детей (что отражено в ежегодных государственных докладах о положении детей в Российской Федерации) [32, 124, 125, 126];

– осуществление комплекса работ по приведению национального законодательства в соответствие с положениями Конвенции о правах ребенка;

– сохраняющееся недостаточное законодательное обеспечение охраны здоровья матери и ребенка и обусловленная этим необходимость «внесения изменений и дополнений в существующую законодательную базу и принятия дополнительных законов» (В. И. Стародубов, 2003) [247, с. 12];

– рекомендации разработчиков Первоначального доклада Российской Федерации Комитету по правам ребенка (1993 г.) [65], которые уже в начальный период резкого ухудшения состояния здоровья детей в 1991–1993 гг. поставили вопрос о необходимости законодательного усиления защиты прав детей, в том числе на основе выработки специального направления государственной политики;

– развитие программного направления деятельности в интересах детей;

– активное привлечение методов государственной политики для решения наиболее актуальных проблем детства, в том числе в сферах иммунопрофилактики болезней, здорового питания, борьбы с социальными болезнями, санитарно-эпидемиологического благополучия, а также в сферах семьи, образования, трудовых отношений и др.;

– принятие нормативных правовых актов (Конституции Российской Федерации, Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487–1, Федерального закона «Об основных гарантиях прав

ребенка в Российской Федерации» от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ и др.), являющихся правовой основой для выработки и реализации государственной политики в области охраны здоровья детей.

Глава 2
Методологические вопросы исследования государственной политики в области охраны здоровья детей

Роль политики в различных сферах жизнедеятельности общества является предметом широкого спектра научных исследований, результатом которых стало развитие ряда интегральных научных дисциплин и практики, в том числе: социальной политики [329, 343], государственной семейной политики [265], правовой политики [111], политической социологии [61], политической психологии [118, 328], политической антропологии [2] и т. д. Область взаимодействия политики и детского здравоохранения до настоящего времени научными исследованиями охвачена недостаточно.

В данном разделе рассмотрена система методологических аспектов изучения государственной политики в области охраны здоровья детей («теоретические подходы» – «анализ причинно-следственных связей» – «формирование понятийного аппарата»), комплексное изучение которых направлено, во-первых, на конкретизацию признаков государственной политики, характеризующих ее как предмет исследования и, во-вторых, на формирование представлений о назначении государственной политики в качестве правового инструмента регулирования общественных отношений в интересах детства.

2.1. Теоретические подходы к рассмотрению охраны здоровья детей как предмета государственной политики

В основу теоретического изучения государственной политики в области охраны здоровья детей положено идеализированное допущение об *абсолютной* зависимости развития ребенка от условий и факторов внешней среды. Использование метода научной идеализации потребовалось для элиминирования некоторых свойств и отношений (в том числе особенностей физиологических адаптационных механизмов в различные периоды детства, выходящих за рамки предмета настоящего исследования) и позволило отвлечься от анализа их качественных и количественных характеристик, являющихся предметом медико-биологических и клинических научных дисциплин. Такой методологический подход дает возможность зафиксировать выделенность детского организма из среды, что необходимо для построения сложной системы[26] «здоровье ребенка – общество», в которой подсистема «общество» есть активное начало, адекватно реагирующее на изменение состояния объекта «ребенок» с целью сохранения его нормальной жизнедеятельности.

Анализ отношений в системе «здоровье ребенка – общество» с привлечением философской категории «*особенное*» позволяет не только исследовать специфику здоровья ребенка как *особенного*, но и определить отражение этой специфики в подсистеме «общество» в форме *особенного внешнего*, институциональным воплощением которого является государственная политика в области охраны здоровья детей. На рис. 10 приведена схема формирования данного института, из которой следует, что государственная политика рассматривается как часть подсистемы «общество», представляющая в ней интересы подсистемы «здоровье ребенка».

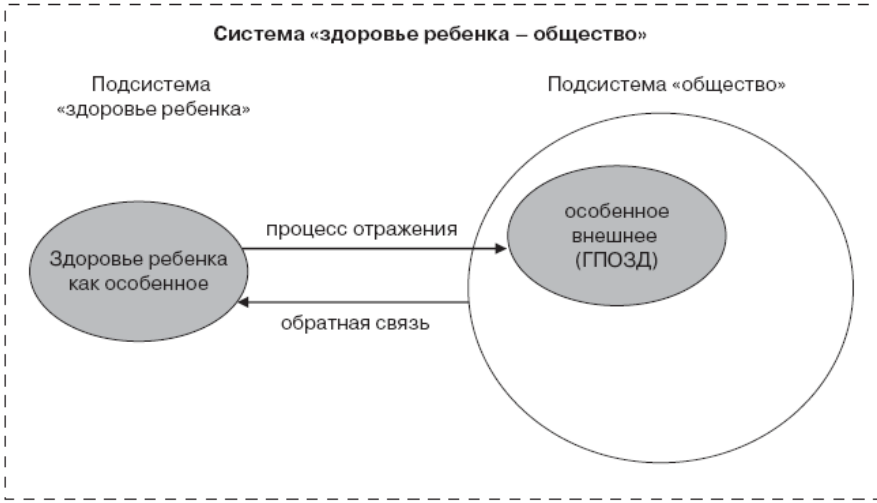

Рис. 10. Схема формирования государственной политики в области охраны здоровья детей (ГПОЗД) как *особенного внешнего* подсистемы «здоровье ребенка», отраженного в подсистеме «общество».

Необходимо подчеркнуть, что методологический подход, акцентирующий внимание на активной роли подсистемы «общество», не игнорирует значение генетически детерминированных физиологических адаптационных механизмов развивающегося детского организма, но учитывает, что на разных этапах онтогенеза ребенок способен адекватно взаимодействовать лишь с теми внешними факторами, которые выступают для него как «свои внешние»[27], т. е. в норме не входят в противоречие с направленностью процесса его развития[28].

Таким образом, сущность государственной политики заключается в создании и сохранении для ребенка в подсистеме «общество» его «своих внешних» условий и факторов путем адекватного изменения этой подсистемы. Следуя логике теории функциональных систем (Анохин П. К., 1975 [1]), указанные изменения есть тот полезный результат, который становится системообразующим фактором функционирования системы «здоровье ребенка – общество».

В социальной системе использование механизма «изменение – сохранение» неминуемо требует включения в нее регулирующего «ценностного контекста в*и*дения существующих проблем», от которого зависит «адекватность политики здравоохранения» (О. П. Щепин и соавт., 2000) [331]. В итоге, предметом нашего рассмотрения становится трехэлементная система «здоровье ребенка – государственная политика в области

охраны здоровья детей – общество», в которой элемент «здоровье ребенка» есть абсолютная ценность[29], направляющая идея государственной политики. Следуя этой идее, политика реализует свою способность изменять внешнюю среду в интересах детства и закреплять в ней эти изменения в форме законов и правил с целью защиты каждого ребенка от негативного влияния факторов, не являющихся для него «своими внешними» уже потому, что в существующих социально-экономических условиях обеспечение прав детей на охрану здоровья пока не имеет статуса непосредственного целевого ориентира при формировании и осуществлении стратегий общественного развития.

В соответствии с нашей концепцией, практическое разрешение указанного противоречия средствами государственной политики представляет собой движение, исходным пунктом которого является признание улучшения здоровья детей в качестве «*первостепенной обязанности*» государства, как это установлено во Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей (пункт 10) [33]. Вектор движения направлен на закрепление законодательной нормы, в соответствии с которой прогрессу в охране здоровья детей должен быть установлен высокий статус «*ключевой цели* национального развития в целом»[30], что предусмотрено планом действий по осуществлению указанной декларации [135, пункт 3].

Принципиальной особенностью государственной политики как способа регулирования общественных отношений в интересах детей является то, что такое регулирование осуществляется не на основе рассмотрения различных вариантов из множества возможных управленческих решений, а на основе законодательно закрепленной правовой нормы, которая унифицирует поведение[31] макроструктур общества, имеющих непосредственное или опосредованное отношение к проблемам детства, и сводит ее лишь к «*одному обязательному варианту*»[32] – тому, который соответствует наилучшему обеспечению интересов детей. Указанный вариант фиксирует верховное положение детства в мире человеческих ценностей и не допускает участия детской части населения в общественных процессах в качестве «*конкурирующей* цели» (Г. С. Беккер, 1993) [17] общественного развития. Наличие одного единственного обязательного варианта решения проблем детства придает государственной политике в области охраны здоровья детей способность «оперативно упорядочивать общественные отношения» [203, с. 202] для достижения поставленной цели. На конкретном примере это означает, что в практике

государственной политики интересы детей учитываются не с целью поиска путей уменьшения отрицательного воздействия на состояние их здоровья текущими, вынужденными или планируемыми социально-экономическими переменами в обществе, а с целью *исключения* отрицательного воздействия.

Согласно опубликованным данным, принцип «одного варианта» получает распространение (страны ЕС), в том числе при решении задач охраны здоровья людей во всех случаях, связанных с потенциально опасными преобразованиями окружающей среды (Th. Christoforou, 2003) [338]. Способ реализации данного принципа был зафиксирован в заключительном документе Wingspread conference (США, 1998 г.): если какая-либо деятельность несет угрозу вреда здоровью людей, то необходимо принятие упреждающих мер, особенно когда причинно-следственные связи в полном объеме еще не известны. Исследование таких связей и обоснование упреждающих мер, определяемых по результатам специальной научной экспертизы, нацелено *не на определение приемлемого уровня риска,* а на выработку мер, направленных на *предотвращение такого риска*. Приведенная постановка задачи характеризуется как наиболее ответственная [357].

В России подобная ответственность общества, в данном случае, в связи с решением вопросов охраны здоровья детей, еще не стала законодательно закрепленной реальностью. В 1992 г. Правительство Российской Федерации признало, что при проведении экономических реформ, сопровождающихся снижением уровня жизни населения, не были приняты во внимание последствия их влияния на положение детей, не проведены в необходимом объеме компенсационные и защитные меры [65, с. 18]. Объем таких мер оставался недостаточным и в последующий период. В результате, если в 1994 году в Указе Президента Российской Федерации «О президентской программе «Дети России»» было констатировано, что в условиях социально-экономического кризиса проблемы детей в России достигли предельной остроты, крайне высокой остается младенческая смертность, растут детская заболеваемость и инвалидность [262], то почти через десять лет в той же программе на 2003–2006 гг. вновь признано, что состояние здоровья детей оценивается как катастрофическое [190].

Нетрудно заметить, что регулирование общественных отношений, основанное на реализации только «одного обязательного варианта», соответствующего наилучшему обеспечению интересов детей, отражает и подтверждает правомочность принятого нами исходного теоретического

положения об абсолютной зависимости развития ребенка от условий и факторов внешней среды. Логический анализ форм такой зависимости позволяет выделить следующие три направления практических действий правовыми средствами государственной политики, необходимых для наилучшего обеспечения интересов детей:

1. Адекватная коррекция целей общественно значимых перемен и средств их достижения, если по заключению специальной экспертизы, осуществляемой в рамках государственной политики в области охраны здоровья детей, эти перемены могут представлять угрозу здоровью детей.

2. Осуществление упреждающих социально-экономических, правовых, медико-организационных и других мер защиты детей в ситуациях общественно значимых перемен (масштабные реформы в экономике, экологически значимые проекты и т. п.), представляющих потенциальную угрозу их здоровью.

3. Отказ от осуществления любых социально значимых перемен, в процессе или в результате реализации которых прогнозируемый ущерб здоровью детей не может быть исключен.

Указанные направления действий учтены при построении концептуальной модели функционирования государственной политики в области охраны здоровья детей как нормативно-регулятивной системы.

На рис. 11 схематично показаны механизмы функционирования такой системы, состоящей из трех основных блоков. Блок ***A*** включает исходные количественные и качественные значения различных целей общественных перемен (***a, b, c, d),*** прогноз влияния которых на состояние здоровья детей осуществляется специальными экспертными структурами в рамках государственной политики в области охраны здоровья детей (блок ***B***). В зависимости от результатов экспертизы указанные цели могут быть допущены (блок ***A1***) или не допущены к реализации.

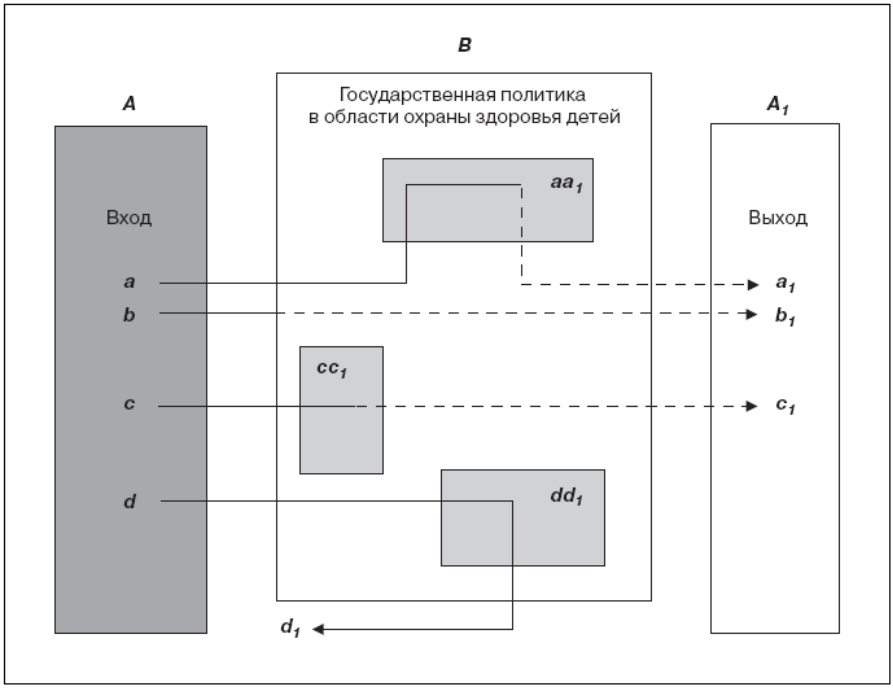

Рис. 11. Концептуальная модель функционирования государственной политики в области охраны здоровья детей как нормативно-регулятивной системы (пояснения в тексте).

Так, цель ***a***, ориентированная на достижение определенного общественно значимого результата ***a1***, но изначально не учитывающая интересы детства, допускается к реализации лишь после адекватной переработки этой цели в соответствии с законодательно закрепленными требованиями государственной политики в области охраны здоровья детей. Функцию такой переработки выполняет подсистема ***aa1***. K. Deutsch [340], применительно к этому процессу, использует предложенное им понятие «каналы прохождения и переработки».

В отношении цели ***b*** подобная коррекция не требуется, поскольку по результатам законодательно установленной экспертной оценки в рамках государственной политики в области охраны здоровья детей установлено, что реализация указанной цели (переход в состояние ***b1***) не несет угрозы детскому здоровью. Соответственно, в отношении вектора ***c*** достижение цели (***c1***) становится возможным лишь после проведения адекватных упреждающих социально-экономических, медико-организационных и других мер в подсистеме ***cc1***, исключающих риск ущерба здоровью детского населения.

Цель вектора общественных преобразований ***d*** не может быть

допущена к осуществлению в связи с выявленной невозможностью ее «переработки» в подсистеме ***dd1*** и, соответственно, невозможностью исключения неблагоприятных последствий в отношении детей.

Представленная модель функционирования государственной политики в области охраны здоровья детей согласуется с точкой зрения ВОЗ, изложенной в Докладе о состоянии здравоохранения в мире (2008 г.), в соответствии с которой сектор здравоохранения должен обеспечить признание здоровья в качестве важного социального итога деятельности любого другого сектора [356].

Результаты анализа включенных в разработку федеральных нормативных правовых актов позволяют рассматривать институционализацию государственной политики в области охраны здоровья детей как процесс интеграции трех сфер деятельности, закрепленных в Конституции Российской Федерации и в законах. К таким сферам деятельности относятся: здравоохранение[33], обеспечение прав ребенка[34] и политика как функция власти[35] (рис. 12).

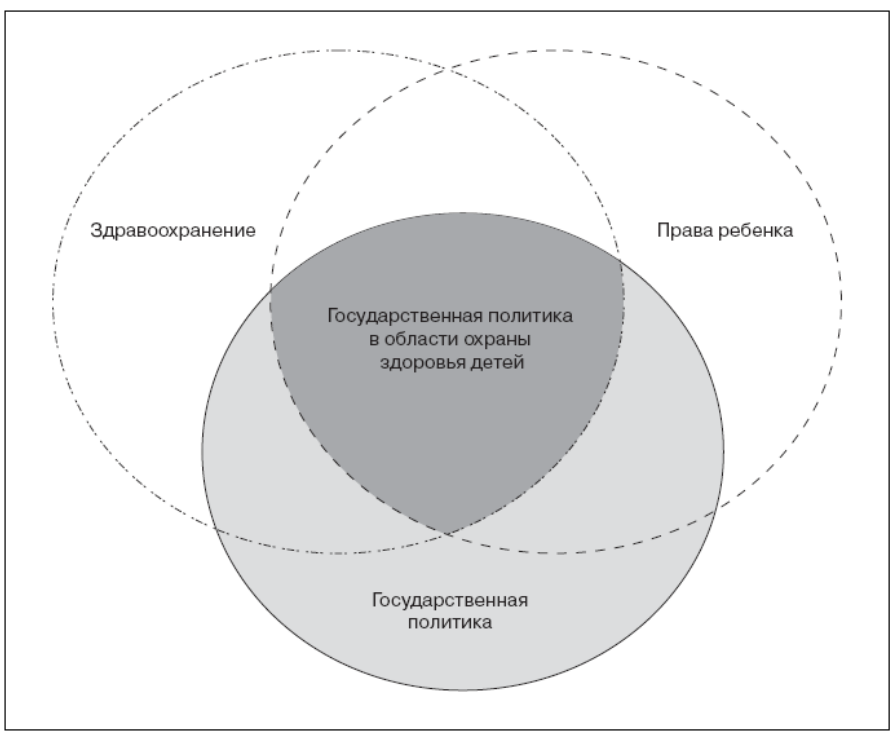

Рис. 12. Схема, иллюстрирующая формирование системы государственной политики в области охраны здоровья как результата взаимодействия секторов здравоохранения, политики

и прав ребенка.

Взаимодействие элементов указанной триады формирует корпус прав ребенка на охрану здоровья.

Данный синтез отражает положения Конвенции о правах ребенка (статьи 3, 6, 24, 27), касающиеся охраны здоровья детей и устанавливающие, что каждый ребенок имеет право на медицинское обслуживание, а также материальные, духовные и иные блага в объеме, обеспечивающем ему полноценное, здоровое развитие, при этом государство обязано предоставить ребенку такую защиту и заботу, которые необходимы для его благополучия.

Рассмотренные выше теоретические подходы к постановке проблемы охраны здоровья детей средствами государственной политики адекватно отражают реально существующие противоречия общественного развития. Речь идет о преимущественно отраслевом здравоохраненческом содержании осуществляемых мер и тем, что наиболее значимые факторы, определяющие детское здоровье, находятся за пределами сектора здравоохранения и, соответственно, вне сферы действия его нормативно-правовой системы. В результате, как указывается в докладе ПРООН (1999), страны, оказавшиеся в неблагоприятных экономических условиях, нередко считают необходимым жертвовать потребностями детей в угоду экономической корректности, закрывая школы, клиники и больницы [55, с. 35].

В период с 1992 г. по 2001 г. число самостоятельных детских больниц в России сократилось на 70, в том числе на 49 городских; детский коечный фонд уменьшился на 48,7 тыс. коек [23].

Согласно нашей концепции, предупреждение и устранение противоречий между неудовлетворенными потребностями детей в охране здоровья и действиями «в угоду экономической корректности» является задачей государственной политики в области охраны здоровья детей, регулирующей общественные отношения путем перемещения центра тяжести решения проблем детства с секторального здравоохраненческого уровня на общегосударственный уровень, что позволяет наиболее полно мобилизовать в интересах детей главный ресурс государства – власть.

2.2. Исследование причинно-следственных отношений в системе «здоровье ребенка – общество»

В Докладе Министерства здравоохранения Российской Федерации об итогах работы органов и учреждений здравоохранения в 2001 г. современные негативные процессы в состоянии здоровья населения обозначены как «зеркало, отражающее события социально-экономического характера» [3, с. 3]. Опираясь на эту образную формулу, нами проведен анализ отдельных социально-экономических «событий», а также «зеркальных» последствий их реализации для здоровья детей, и установлены те причинно-следственные отношения в системе «здоровье ребенка – общество», которые могут быть отнесены к объектам регулирования методами государственной политики в области охраны здоровья детей.

Учитывая, что указанные причинно-следственные отношения носят чрезвычайно многообразный характер, в нашем исследовании не предусматривалось рассмотрение их наиболее полного объема, что должно стать предметом специального мониторинга. Содержание проведенной работы включало, во-первых, обоснование возможности использования эмпирической базы данного исследования (нормативных правовых актов, официальных документов) в качестве источника информации для анализа исследуемых отношений, и, во-вторых, обоснование методологических подходов к их систематизации. С этой целью был проведен контент-анализ тех нормативных правовых актов и официальных документов, в которых условия и факторы социально-экономической сферы зафиксированы в качестве *причин* нарастания неблагоприятных изменений в состоянии здоровья детей. Соответственно, исследуемые изменения рассматриваются как *следствие*.

Использованный методологический прием (контент-анализ) заключается в выявлении в тексте каждого включенного в разработку источника информации определенных смысловых структур, отражающих изучаемые явления и причинно-следственные связи, и их дальнейшую обработку в соответствии с поставленными целью и задачами[36]. Например, основанием для включения в разработку Указа Президента Российской Федерации от 18 августа 1994 года № 1696 «О президентской программе «Дети России»» [262] явились содержащиеся в нем констатации того, что «в условиях социально-экономического кризиса»

(причина) «нарастают неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья детей» *(следствие)*, «крайне высокой остается младенческая смертность» *(следствие)*, «растут детская заболеваемость *(следствие)* и инвалидность *(следствие)*».

Исследуемые причинно-следственные отношения четко обозначены в «Основных направлениях государственной социальной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации до 2000 года», утвержденных Указом Президента Российской Федерации от 14 сентября 1995 г. № 942 [130], где признано, что «нестабильная экономическая обстановка (*причина*) и, как *следствие*, снижение жизненного уровня многих семей, наличие значительных слоев населения, находящихся на грани или за чертой бедности, ослабление инфраструктуры здравоохранения, образования и культуры заметно ухудшили положение детей и возможности семьи и государства по их жизнеобеспечению, развитию и социализации».

В Государственном докладе о положении детей (1993 г.) *причины* изменения положения детей в России более детализированы: «нестабильность социально-политической обстановки», «серьезные экономические трудности», «негативные социальные последствия перехода к рыночным отношениям», «продолжающийся многоотраслевой спад производства», «дороговизна товаров и услуг», «инфляция», «безработица», «вынужденная миграция населения» [141].

Учитывая, что причинно-следственные отношения в системе «здоровье ребенка – общество» относятся к сфере макрообъектов социальных процессов, использованный методологический подход является адекватным поставленным задачам и отражает замечание И. В. Давыдовского (1962) [48, с.17] о том, что закономерности развития болезней «уходят не только в глубину индивидуальной жизни, … но и в историю человечества».

Анализ отобранных таким образом и включенных в разработку 23 источников информации, адекватно отражающих исследуемые причинно-следственные связи, показал, что противоречия современного этапа общественного развития в России обусловливают конкретные изменения в состоянии здоровья детей и в функционировании системы охраны детского здоровья. Результаты исследования позволили предложить следующую типологию указанных изменений, включающую такие группы признаков, как: демографические изменения; ухудшение состояния здоровья детей; снижение доступности лечения; нарушение функционирования системы охраны здоровья детей; снижение доступности летнего отдыха; рост численности детей, оказавшихся в особенно трудной жизненной ситуации (табл. 1).

Представленная типология не исчерпывает всего объема изменений в состоянии здоровья детей и инфраструктуре детского здравоохранения и может быть существенно дополнена при проведении специального исследования с привлечением в разработку большего числа документов. Однако и в данном объеме (36 признаков) она имеет методологическое и практическое значение, т. к. позволяет объективизировать исследуемые признаки в связи с социально-экономическими процессами в кризисном обществе.

При изучении вопросов государственной политики в области охраны здоровья детей особое значение имеет исследование *причин* неблагоприятных изменений детского здоровья, типология которых представлена на основе анализа 40 источников информации. Как и предыдущая, данная типология (табл. 2) также систематизирует лишь наличную совокупность изучаемых признаков (29 признаков). Ее основное назначение – обоснование методологического подхода к построению наиболее полного свода социальных, экономических и других условий и факторов, включенных в причинно-следственные отношения в системе «здоровье детей – общество». Указанные признаки сведены в 6 групп: причины, относящиеся к макроуровню общественных отношений; экономические причины; причины, связанные с изменениями в положении семей с детьми; моральные причины; медико-организационные; другие причины. Такое деление в определенной мере является условным и может изменяться при иной постановке задач исследования.

Данная типология отражает мультифакториальный характер детского нездоровья и представляет собой определенную иерархию причин, обусловливающих неблагоприятные процессы в исследуемой здравоохранительной сфере. Причины, относящиеся к макроуровню общественных отношений по признаку зафиксированного в них наибольшего объема противоречий в системе «здоровье ребенка – общество», объединены в одну группу: радикальные экономические реформы, социально-экономический кризис, быстрое нарастание негативных явлений в обществе, социально-политическая и экономическая нестабильность, недостаток ресурсов, спад производства, вооруженные конфликты, приоритеты в социальной политике неадекватные потребностям детей. Эти условия и факторы являются «*причинами* причин заболеваний», которые Ю. П. Лисицын (1987) рассматривает в связи с первичной профилактикой болезней [235, с.18], и обусловливают появление или активизацию всех других групп причин в представленной типологии.

Таблица 1. Типология неблагоприятных изменений в состоянии здоровья детей, а также в сфере детского здравоохранения, рассматриваемых как следствие реализации социально-экономических причин

1. Демографические изменения.
1.1. Снижение рождаемости. 1.2. Рост смертности детей.
2. Ухудшение состояния здоровья детей.
2.1. Рост общей заболеваемости. 2.2. Распространение социальных болезней. 2.2.1. Рост заболеваемости туберкулезом. 2.2.2. Рост заболеваемости наркоманией, токсикоманией. 2.2.3. Рост заболеваемости алкоголизмом. 2.3. Рост числа детей с проявлениями замедленного полового созревания. 2.4. Ухудшение показателей физического развития. 2.4.1. Рост числа детей с низкими показателями массы и длины тела при рождении. 2.4.2. Увеличение числа детей с задержкой роста и сниженной массой тела. 2.4.3. Рост числа детей со сниженной мышечной силой. 2.5. Рост частоты нарушений иммунного статуса. 2.6. Рост эпидемических заболеваний. 2.6.1. Распространение инфекций, контролируемых вакцинопрофилактикой. 2.6.2. Рост заболеваемости инфекционным гепатитом. 2.6.3. Рост заболеваемости острыми респираторными вирусными заболеваниями. 2.7. Рост распространенности ВИЧ-инфекции. 2.8. Рост распространенности заболеваний органов пищеварения. 2.9. Рост распространенности болезней обмена. 2.10. Рост числа детей с нервно-психическими расстройствами. 2.10.1. Рост числа детей, подверженных нервно-психическим заболеваниям. 2.10.2. Рост частоты стрессовых состояний у детей. 2.10.3. Рост числа суицидов. 2.10.4. Рост числа детей с проявлениями посттравматического синдрома. 2.11. Ухудшение состояния здоровья матерей.
3. Снижение доступности лечения.
3.1. Рост стоимости лекарственных средств. 3.2. Коммерциализация педиатрической помощи. 3.3. Дискриминация детей из малообеспеченных семей в отношении получения высококвалифицированной медицинской помощи. 3.4. Рост смертности детей вне лечебных учреждений.
4. Нарушение функционирования системы охраны здоровья детей.
4.1. Снижение объемов финансирования. 4.2. Ослабление инфраструктуры детского здравоохранения. 4.3. Нехватка лабораторно-диагностического оборудования, медицинской техники. 4.4. Снижение доступности санаторно-курортного лечения.
5. Снижение доступности летнего отдыха.
5.1. Ухудшение материальной базы учреждений для оздоровления и летнего отдыха детей. 5.2. Сокращение числа стационарных загородных лагерей для отдыха детей. 5.3. Обострение проблем летнего отдыха детей из многодетных и неполных семей.
6. Рост численности детей, оказавшихся в особенно трудной жизненной ситуации.
6.1. Рост числа беспризорных и безнадзорных детей, приобщение их к асоциальному образу жизни. 6.2. Рост числа детей-инвалидов. 6.3. Рост числа детей-жертв эксплуатации.

Таблица 2. Типология социально обусловленных причин неблагоприятных изменений в состоянии здоровья детей и в

сфере охраны здоровья детей

1. Социально-политические причины, относящиеся к макроуровню общественных отношений.
1.1. Радикальные экономические реформы, переход к рыночным отношениям. 1.2. Социально-экономический кризис (быстрое нарастание негативных явлений в обществе, политическая и экономическая нестабильность, недостаток ресурсов, спад производства и т.п.). 1.3. Вооруженные конфликты. 1.4. Приоритеты в социальной политике, неадекватные потребностям детей.
2. Экономические причины.
2.1. Реформа цен. 2.2. Ухудшение снабжения продовольственными и промышленными товарами. 2.3. Значительное увеличение транспортных тарифов. 2.4. Недостаточное финансирование детского здравоохранения. 2.5. Инфляция.
3. Причины, связанные с изменениями в положении семей с детьми.
3.1. Массовая вынужденная миграция. 3.2. Рост численности социально неустроенных семей. 3.3. Безработица. 3.4. Низкий уровень жизни семей. 3.5. Социальная дезадаптация семей. 3.6. Распространение социальных болезней (туберкулез и др.) среди взрослого окружения детей. 3.7. Недоступность полноценного питания. 3.8. Резкая дифференциация уровня доходов населения. 3.9. Изменение социального статуса семей. 3.10. Вынужденная смена профессии родителями. 3.11. Недоступность для детей платных высококвалифицированных медицинских и оздоровительных услуг. 3.12. Необеспечение права беременных женщин на безопасные условия труда. 3.13. Безнадзорность и беспризорность. 3.14. Эксплуатация детского труда.
4. Медико-организационные причины.
4.1. Снижение уровня первичной медико-санитарной помощи. 4.2. Снижение доступности стационарной медицинской помощи. 4.3. Сокращение числа детских оздоровительных учреждений.
5. Моральные причины (кризис моральных ценностей).
6. Другие причины нездоровья детей.
6.1. Противодействие со стороны СМИ мерам борьбы с наркоманией. 6.2. Пропаганда в СМИ сексуальной «свободы» и «раскрепощенности».

Экономические причины (рост цен на товары и услуги, ухудшение снабжения продовольственными и промышленными товарами, значительное увеличение транспортных тарифов, недостаточное финансирование детских лечебно-профилактических и оздоровительных учреждений, инфляция) являются следствием реализации предыдущей группы факторов и представляют собой промежуточное звено в системе причинно-следственных отношений, формирующих неблагоприятные изменения в состоянии здоровья детей в кризисном обществе.

Третья группа – причины, связанные с изменением положения семей с детьми, – также является промежуточным звеном в рассматриваемой системе отношений и включает: массовую вынужденную миграцию, рост численности социально

неустроенных семей, безработицу, низкий уровень жизни семей, социальную дезадаптацию семей, распространение социальных болезней среди взрослого окружения детей, недоступность полноценного питания, резкую дифференциацию уровня доходов населения, изменение социального статуса семей, вынужденную смену профессии родителями, недоступность для детей из бедных семей платных медицинских и оздоровительных услуг, необеспечение права беременных женщин на безопасные условия труда, безнадзорность и беспризорность, эксплуатация детского труда.

Подобное промежуточное положение занимают менее многочисленные в данной типологии медико-организационные, моральные и другие причины нездоровья детей.

Показанная выше необходимость изучения (мониторинга) общественных отношений с целью их регулирования методами государственной политики в области охраны здоровья детей, имеет необходимое педиатрическое обоснование, восходящее к истокам зарождения научной педиатрии.

А. А. Баранов и В. Ю. Альбицкий (2005) отмечают, что в России еще в середине XIX века врачи пришли к пониманию глубоких отличий «детской» медицины от «взрослой» [10, с. 4]. Более 150 лет назад основатель педиатрии как науки Степан Фомич Хотовицкий впервые определил, что «организм ребенка обладает рядом особенностей в развитии и отправлении его органов, как в период здоровья, так и болезненного состояния»; он подчеркивал, что по сравнению со взрослым, «детский возраст имеет гораздо большее природное расположение к… переходу из здорового в болезненное состояние» и указывал «на необходимость отличий в *правилах* сохранения здоровья детей»[37].

Соответственно, государственная политика в области охраны здоровья детей есть форма осуществления указанных правил, учитывающая, что адаптивное реагирование организма на воздействие факторов внешней среды определяется двумя взаимосвязанными условиями: морфофункциональной зрелостью физиологических систем и адекватностью факторов внешней среды.

Таким образом, биосоциальные особенности детства являются той матрицей, на основе которой выстраивается логика регулирования социальных, экономических, здравоохранительных и других отношений с целью формирования благоприятных условий для нормального роста и развития каждого ребенка. Иначе говоря, физиологические процессы регуляции функционирования развивающегося детского организма должны

иметь адекватную внешнюю поддержку методами регулирования общественных отношений в интересах ребенка.

2.3. Основные понятийные средства исследования государственной политики в области охраны здоровья детей

Постановка научной задачи и определение методов ее решения не могут быть осуществлены без формирования понятийно-категориального аппарата науки, предметом которой данная задача является. Несмотря на частнонаучный характер понятий и категорий конкретной науки, разработка и совершенствование этих средств познания безусловно является междисциплинарной проблемой, в связи с чем В. И. Вернадский отмечал, что «анализ основных научных понятий совершается философской работой», а исследователь конкретных проблем использует результаты этого анализа «для своих заключений» [29, с. 360].

В отношении понятийно-категориального аппарата интегральной области знания, охватывающей педиатрию, общественное здоровье и здравоохранение, а также ряд других научных дисциплин, и формирующей проблемное поле государственной политики в области охраны здоровья детей, такая философская работа еще не проведена. Поэтому нами обоснованы и использованы в ходе исследования так называемые операциональные определения, позволяющие конкретизировать значение того или иного понятия в рамках поставленной цели. В данном случае, речь идет об определениях понятий: «государственная политика в области охраны здоровья детей», «здоровье ребенка», «охрана здоровья детей».

Решение указанной задачи является также вкладом в совершенствование научной коммуникации специалистов, исследующих здоровье детей, и связана с необходимостью избежать ситуации, описываемой Л. А. Бибиковой и С. В. Яриловым (2000), когда общение врачей и специалистов, представителей смежных отраслей знания, бывает значительно затруднено по причине отсутствия единого языка для описания объекта совместного научного интереса [19]. Недостаточное методологическое освоение понятийно-категориального аппарата медицинской науки и здравоохранения имеет негативные последствия в форме нарастания неопределенности содержания некоторых, как считалось, устоявшихся понятий. Исследователи отмечают, что этот процесс затронул и понятие здравоохранения, которое постепенно стало рассматриваться эквивалентом понятия оказания медицинской помощи. В итоге, отмечают политологи Н.

С. Григорьева и Т. В. Чубарова (2002), исследующие проблемы здоровья детей [46, с. 61], «система здравоохранения», будучи более широким понятием, и «система оказания медицинской помощи» необоснованно стали восприниматься в качестве синонимов.

Для формирования «единого языка» сферы деятельности по охране здоровья детей, а также, рассматривая здоровье в качестве результата этой деятельности, мы определяем *государственную политику в области охраны здоровья детей как самостоятельное, приоритетное направление во внутренней политике, обеспечивающее целенаправленное регулирование общественных отношений для полного осуществления права каждого ребенка на охрану здоровья.*

Приведенная дефиниция относится к разряду операциональных, удовлетворяющих задачам конкретного исследования. Вместе с тем, она соответствует требованиям, предъявляемым к содержанию определения понятия политики [117, с. 9], и фиксирует такие его параметры, как идеи, отражающие сущность данного понятия (статус приоритетности и самостоятельности), политические отношения (политика в интересах детей есть компонент внутренней политики), политические институты, включенные в систему конкретного направления политики (государство, законы, защищающие права ребенка).

Разработка нового научного понятия всегда предполагает конкретизацию его логических границ, анализ соотношения с другими научными терминами. Этот процесс проявляется в том, что представленное определение государственной политики актуализирует углубленное рассмотрение входящих в него понятий «здоровье ребенка» и «охрана здоровья детей». Методологическое значение решения подобной задачи связано с тем, что, во-первых, государственная политика в области охраны здоровья детей как объект исследования в настоящее время не дана познающему субъекту непосредственно, и указанные понятия являются способом данности нам этого объекта[38], и, во-вторых, референция понятий «здоровье ребенка» и «охрана здоровья детей» может сильно зависеть от контекста их использования различными научными дисциплинами, объектом которых является ребенок, поэтому для здравоохранения как сферы научной деятельности необходимо устранение или снижение степени такой зависимости.

Изучение и совершенствование фундаментальных понятий, входящих в систему знания о государственной политике в области охраны здоровья детей, имеет также практическое

значение. Опыт научных работ, отраженный в публикациях по методологии науки [101], показывает, что чем более продолжительное время конкретные исследования (и практика) не дают ожидаемого научного или практического результата, тем острее встает вопрос о необходимости рефлексии над основаниями знания, в первую очередь над исходными понятиями и категориями, в которых описывается проблема. С этой точки зрения исследование подобной зависимости на примере неудовлетворительных результатов стратегии детского здравоохранения в России усиливают актуальность рефлексии над понятиями «здоровье ребенка» и «охрана здоровья детей».

Учитывая, что целенаправленное междисциплинарное изучение категориального статуса указанных понятий в дальнейшем будет вопросом специальных научных разработок, для целей настоящего исследования нами предложены их операциональные определения, которым дано научное обоснование.

2.3.1. Определение понятия здоровья ребенка

Понятие здоровья ребенка, несмотря на широкое использование в повседневном педиатрическом обиходе, а также в официальных документах и нормативных правовых актах, до настоящего времени не имеет общепринятого научно обоснованного определения. Речь идет именно о научно обоснованном определении этого понятия, которое достойно стать предметом специальных комплексных исследований. Такие исследования должны усилить его «теоретическую нагруженность». В нашей работе данному факту придается особое значение, поскольку, как справедливо отмечает А. В. Решетников (2002), *обоснование подходов к пониманию здоровья является исходным пунктом политики здравоохранения* [231, с. 408].

В научных публикациях педиатры нередко удовлетворяются сложившимися эквивалентами такого определения, например констатацией известного факта, что «здоровье ребенка определяется, как возрастными возможностями растущего организма, так и влиянием на него целого комплекса факторов наследственно-биологического и социального генеза» [62, с. 30].

Отсутствие научно обоснованного определения понятия здоровья ребенка обусловливает то, что в официальных документах по проблемам детства и в нормативных правовых актах, регулирующих вопросы детского здравоохранения, содержание понятия здоровья ребенка не раскрыто.

Так, в Конвенции о правах ребенка дана дефиниция понятия

«ребенок» (статья 1), но нет определения здоровья ребенка как важнейшей его характеристики[39]. Между тем, в Конвенции это понятие широко представлено (статьи 2, 6, 23, 24, 32, 39) в контексте права ребенка на восстановление *здоровья*, охрану *здоровья*, права на защиту от воздействия факторов, отрицательно влияющих или представляющих опасность для *здоровья,* или наносящих ущерб *здоровью*, права ребенка-жертвы на восстановление и социальную реинтеграцию в условиях, обеспечивающих *здоровье* и т. д. Подобным образом нормы, включающие понятие здоровья ребенка, но не раскрывающие его содержания, представлены в российском законодательстве, а также в официальных документах (табл. 3).

Наиболее распространенным и критически оцениваемым является определение здоровья, сформулированное в Уставе Всемирной организации здравоохранения (1946), в соответствии с которым «здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней или физических дефектов» [272]. Таким образом, в этом определении понятия здоровья и болезни рассматриваются преимущественно с точки зрения обыденного сознания (состояние благополучия содержит значительный компонент субъективности оценки), без фиксации причинно-следственных связей в системе «здоровье – болезнь». В отношении определения здоровья, данного в Уставе ВОЗ, Ю. П. Лисицын (1985) отмечает, что здоровье невозможно определить и понять в отрыве от условий и возможностей человеческой деятельности и конкретной среды обитания [106]. В связи со сказанным, столь актуально замечание М. М. Новоселова (1987) о том, что «когда какой-либо термин из обыденной лексики переходит в научную, значение этого термина, как правило, нуждается в уточнении и даже в переопределении» [120, с. 30].

Таблица 3. Понятие здоровья ребенка в контексте Конвенции о правах ребенка и некоторых нормативных правовых актов Российской Федерации

Наименование изучаемого признака	Наименование нормативного правового акта
Недискриминация ребенка по признаку состояния *здоровья*.	Статья 2 Конвенции о правах ребенка.
Государства-участники обеспечивают в максимально возможной степени выживание и *здоровое* развитие ребенка.	Статья 6 Конвенции о правах ребенка.
Право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления *здоровья*, ... обеспечение осведомленности всех слоев общества о *здоровье* и питании *детей*, упразднение традиционной практики, отрицательно влияющей на *здоровье детей*.	Статья 24 Конвенции о правах ребенка.
Защита ребенка от экономической эксплуатации и от выполнения любой работы, которая может представлять опасность для его *здоровья*...	Статья 32 Конвенции о правах ребенка.
Восстановление и реинтеграция ребенка – жертвы жестокого обращения в условиях, обеспечивающих *здоровье* ребенка.	Статья 39 Конвенции о правах ребенка.
Несовершеннолетний, находящийся в социально опасном положении, — лицо, которое вследствие безнадзорности или беспризорности находится в обстановке, представляющей опасность для его жизни или *здоровья*.	Статья 1 Федерального закона от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ.
Меры по защите ребенка от информации, пропаганды и агитации, наносящих вред *его здоровью*... В целях обеспечения *здоровья* детей законами устанавливаются нормативы...	Статья 14 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ.
Улучшение состояния *здоровья* детей путем повышения доступности и качества медицинской помощи. Разработка и реализация мер по улучшению показателей *здоровья* подростков.	Программа социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2006–2008 годы).

Учитывая, что критерии здоровья взрослого человека имеют ограниченную ценность для формирования подобных критериев в отношении ребенка (Р. П. Нарциссов, 1997) [119], в качестве рабочего (операционального) определения в рамках настоящего исследования можно принять, что в современных условиях *здоровье ребенка есть его индивидуальное физическое, психическое, умственное, культурное, духовное, нравственное и социальное развитие, не ограниченное экзогенными или/и эндогенными (генетическими) условиями и факторами.*

Приведенная дефиниция близка данной Ю. Е. Вельтищевым (2000): «здоровье ребенка – это соответствующее возрасту устойчивое физическое и интеллектуальное благосостояние растущего человека в процессе реализации генетической программы развития в конкретных условиях социальной и экологической среды, питания и воспитания» [25]. Но для целей нашего исследования в определении понятия здоровья важно было подчеркнуть угрозы здоровью ребенка, связанные с реализацией экзогенных и эндогенных факторов, ограничивающих его нормальное развитие. Таким образом, здоровье как состояние организма ребенка рассматривается в диалектическом единстве с состоянием болезни.

Научная обоснованность предложенной дефиниции подтверждается следующим.

Во-первых, эта дефиниция соответствует положениям теории определений [41], согласно которым исследуемое понятие идентифицировано как относящееся к конкретному классу определений (определение через род и видовые отличия), где род (определяемое здоровье ребенка) раскрывается через его видовое отличие (комплекс показателей развития, детерминированных указанными в дефиниции условиями и факторами).

Во-вторых, в приведенном определении отличительные особенности сущности детского здоровья рассматриваются в его взаимодействии с понятием «развитие», фиксирующим единство изменчивости и устойчивости. При этом речь идет не об изменчивости вообще, присущей всякому движению, а об изменении, связанном с возникновением новых структур, их усложнением (онтогенез).

В-третьих, в определении здоровья ребенка выполнены такие требования формальной логики, как использование в новой дефиниции уже сложившейся в науке терминологии, использование только существенных признаков при формулировании определения. В связи с этим отметим, что приведенные формы индивидуального развития ребенка (физическое, психическое, умственное, культурное, духовное, нравственное, социальное) обозначены в качестве таковых в статьях 17, 23, 27, 32 Конвенции о правах ребенка.

Предложенное определение имеет перспективу использования при выработке методов количественной оценки индивидуального здоровья ребенка. Рассматривая развитие ребенка как процесс производности одних состояний от других, составляющих их основу, можно охарактеризовать главный механизм его осуществления, опираясь на следующую логическую схему: поскольку, как отмечает Е. Я. Режабек (1984), всякая система развивается за счет окружающей среды и за все, чем система овладевает, ей приходится расплачиваться своими внутренними ресурсами [222, с. 38], то наш вывод: количественное выражение здоровья ребенка есть условная величина «внутренних ресурсов», остающаяся после вычета той самой «расплаты». Обеспечение поддержания положительного значения указанной условной величины – есть задача общества, реализуемая средствами государственной политики в области охраны здоровья детей. Отсюда следуют еще два вывода:

1. Вектор развития ребенка и вектор развития общества должны совпадать по своей направленности в том смысле, что совершенствование, усложнение функций растущего организма

не может протекать нормально в слабосовершенствующейся, стагнирующей или распадающейся социальной среде.

2. По мере взросления, ребенок сам становится фактором, определяющим развитие внешней среды, стимулируя создание и совершенствование такого важного компонента ее эволюции, как государственная политика в области охраны здоровья детей.

В отличие от дефиниций здоровья «человека вообще», определение здоровья ребенка в принципе не может быть распространено на другие возрастные группы. Это обусловлено, в первую очередь, тем, что в детский период онтогенеза (особенно на ранних этапах) морфофункциональная незрелость физиологических систем и неспособность организма к адекватному ответу на воздействие окружающей среды – есть норма.

Приведенное выше определение здоровья ребенка не может быть «на все времена» и соответствует представлениям о ситуационной обусловленности его содержания, поскольку характер регулирования общественных отношений в интересах детей имеет конкретную временную характеристику. В современных условиях, в качестве начальной точки отсчета текущего «периода жизни» указанного выше определения здоровья ребенка, можно принять 1989 год, когда была принята Конвенция о правах ребенка, обладающая свойствами внешнего упорядочивающего воздействия на современную общественную систему. В дальнейшем, по мере совершенствования правового регулирования общественных отношений в интересах детей, станет правомочным говорить о здоровье как о развитии, которое общество не просто «не ограничивает», а реально обеспечивает, что и является идеалом государственной политики в области охраны здоровья детей. Соответственно, в прогнозируемый период потребуется использование новых методологических подходов к определению понятия здоровья ребенка, адекватных новой, благоприятной для детей, социально-экономической ситуации.

Подтверждением наших представлений о динамичности содержания понятия здоровья ребенка является тот факт, что в период до принятия Конвенции о правах ребенка, вопрос о взаимоотношении элементов в системе «ребенок – общество» в международных документах имел иное отражение. Например, в Уставе ВОЗ, принятом более шестидесяти лет назад, в качестве «основного условия» здорового развития ребенка указана «способность жить гармонично в меняющихся условиях среды». В указанный период подобный подход являлся прогрессивным, т. к. рассматривал здоровье ребенка в системной взаимосвязи с

внешней средой. Вместе с тем, фиксация основного внимания на «способности» как на свойстве детского организма фактически устанавливает его автономность от общества и не учитывает решающую роль механизмов регулирования общественных отношений. Именно эти механизмы ответственны за создание условий для реализации «способности» ребенка жить в формируемых в его интересах условиях среды. В настоящее время данное несоответствие преодолено в Конвенции о правах ребенка, определяющей государство в качестве гаранта обеспечения права ребенка на жизнь и здоровое развитие.

Одной из особенностей приведенного выше определения здоровья ребенка является его рассмотрение в связи с понятием индивидуальности. Такой подход придает новое содержание одному из наименее конкретизированных в отечественных нормативных правовых актах положений Конвенции о правах ребенка, а именно – праву ребенка на сохранение своей индивидуальности как ценности (статья 8).

Понятие индивидуальности традиционно используется в исследованиях по педагогике [115], физиологии высшей нервной деятельности [273], психиатрии [15]. Определение здоровья ребенка через его *индивидуальность* (рассматриваемую в форме реализации генетически детерминированной индивидуальной программы развития, не входящей в противоречие с конкретными условиями среды) является методологически правильным и привносит в него ценностное содержание. Необходимо отметить, что предлагаемое *рассмотрение здоровья ребенка в качестве атрибута его индивидуальности* усиливает значение Конвенции в обеспечении права ребенка на охрану здоровья. В опубликованных документах Комитета по правам ребенка [60] сгруппированы нормы Конвенции, в соответствии с которыми вопросы охраны здоровья детей регулируются конкретными ее статьями: статьей 6 (право на жизнь, выживание и развитие), статьей 23 (права детей с ограниченными возможностями), статьей 24 (охрана здоровья и услуги в области здравоохранения), статьей 25 (периодическая оценка условий, связанных с попечением о ребенке) и рядом других. Предлагаемое введение в интегральную области знания, охватывающую педиатрию и права ребенка, понятия «здоровье ребенка как индивидуальность» позволяет дополнить этот перечень статьей 8 Конвенции (сохранение индивидуальности) и, таким образом, еще более усилить роль этого международного документа в обеспечении права детей на охрану здоровья. Соответственно, включение значительного по своему объему здравоохранительного компонента в сферу отношений,

регулируемых нормами статьи 8 Конвенции, должно стать основанием для наиболее полного приведения отечественного законодательства в соответствие с нормами указанной статьи Конвенции о правах ребенка.

В настоящее время в федеральном законодательстве нет норм, обеспечивающих право ребенка на сохранение здоровья как атрибута его индивидуальности. Расширение понятия индивидуальности ребенка за счет усиления его взаимодействия с понятием здоровья ребенка должно снять, по нашим оценкам, заметные методологические затруднения, испытываемые законодателем, а также специалистами по правам ребенка. Так, анализ обзорных публикаций, посвященных Конвенции о правах ребенка, показывает, что до настоящего времени авторы или вовсе не упоминают данную (8-ю) статью Конвенции, или лишь ограничиваются констатацией того, что право на сохранение индивидуальности является «особенностью Конвенции о правах ребенка» [98]. В результате в российском законодательстве право ребенка на сохранение своей индивидуальности разработано недостаточно и отражено только в одном федеральном акте – Семейном кодексе Российской Федерации [238], – в контексте регулирования узкого круга отношений, охватывающих вопросы отцовства и материнства (статьи 49, 52), права ребенка и родственников на общение (статья 67), защиты родительских прав (статья 68). Таким образом, можно констатировать, что действующее законодательство не охватывает в необходимом объеме содержание понятия индивидуальности ребенка, которое содержит значительный здравоохранительный компонент.

Подводя итог, в качестве причин недостаточного внимания исследователей к проблеме разработки наиболее полного, научно обоснованного определения понятия здоровья ребенка можно выделить следующие.

Первая причина – изменение содержания педиатрической работы. За последние полтора десятилетия отечественная педиатрия практически утратила важнейшую составляющую своей деятельности – ее профилактическую направленность [4].

Вторая причина связана с издержками научно-технического прогресса, проявляющимися в том, что «углубляясь до молекулярного уровня организма, врач перестает видеть самого пациента» [9, с. 7].

Третья причина заключается в том, что в профессиональном сознании педиатра-практика вопрос понимания сущности понятия здоровья ребенка становится не актуальным. За последние полтора десятилетия в связи с резко возросшей заболеваемостью и распространенностью болезней среди детей,

снижением до критического уровня удельного веса практически здоровых детей, реально возникает ситуация, когда в повседневной педиатрической деятельности понятие здоровья ребенка утрачивает такие характеристики, как наглядность и определенность. В результате внимание педиатров вынужденно обращено преимущественно на больного ребенка, следствием чего является забвение всего того, что связано с пониманием нормальных процессов роста и развития здоровых детей [12, с. 5].

Четвертая причина. В условиях современной России нарастающая коммерциализация педиатрической помощи вообще снимает проблему здоровья ребенка как ценности и цели моральной практики общества. В связи с этим, Н. Ф. Герасименко (2002) обращает внимание на то, что норма статьи 41 Конституции Российской Федерации о праве граждан на бесплатную медицинскую помощь сегодня звучит декларативно [35].

С учетом результатов проведенного анализа, можно сделать вывод о необходимости дальнейшего междисциплинарного исследования сущности здоровья ребенка, которую следует рассматривать как результат преодоления противоречий в функционировании системы «ребенок – общество».

2.3.2. Определение понятия охраны здоровья детей

Широкое использование понятия «охрана здоровья детей» в нормативных правовых актах и в официальных документах (табл. 4) до настоящего времени не стало поводом для специального научного рассмотрения и законодательного закрепления его определения. Это понятие оказалось полностью включенным в объем понятия «охрана здоровья граждан»[40].

Последнее закреплено в законодательстве как совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья [129]. Данное определение почти дословно воспроизводится в официальных документах [97, 208].

На основе комплекса методов нами изучена возможность использования приведенной выше дефиниции охраны здоровья граждан в качестве базовой для определения объема и содержания понятия охраны здоровья детей.

Проведенный структурно-функциональный анализ этой

дефиниции позволил выделить в ней следующие три компонента: 1) деятельность как «совокупность мер», 2) деятельность в конкретной ситуации («медицинская помощь в случае утраты здоровья») и 3) цель деятельности – здоровье.

Первый компонент объединяет меры, ориентированные в значительной степени на первичную профилактику болезней. Последовательность элементов в данной «совокупности мер» образует определенную иерархию – от преимущественно общегосударственных мер (политических, экономических и т. д.) до преимущественно отраслевых – «медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера».

Таблица 4. Понятие охраны здоровья детей в контексте норм Конвенции о правах ребенка и федеральных нормативных правовых актов

Наименование изучаемого признака	Наименование нормативного правового акта
...обеспечение предоставления необходимой медицинской помощи и *охраны здоровья всех детей*...	Статья 24 Конвенции о правах ребенка.
Социальная инфраструктура для детей — система объектов (зданий, строений, сооружений), необходимых для жизнеобеспечения детей, *охраны здоровья*...	Статья 1 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ.
...выбор приоритетных направлений деятельности по обеспечению прав и законных интересов ребенка, *охраны его здоровья*.	Статья 5 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ.
Педагогические, медицинские, социальные работники, психологи... несут ответственность за работу по воспитанию, образованию, *охране здоровья детей*.	Статья 7 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ.
В интересах *охраны здоровья* несовершеннолетние имеют право: на диспансерное наблюдение и лечение в детской и подростковой службах...	Статья 24 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. №5487-1.
Разработать проект закона об *охране здоровья детей*.	Программа «О мерах по улучшению состояния здоровья детей Российской Федерации на 2003–2010 гг. ...» [209].

Приведенную в дефиниции понятия охраны здоровья граждан «совокупность мер» можно оценить как адекватную и для охраны здоровья детей и методом экстраполяции представить ее в виде следующей иерархии:

– государственная политика в области охраны здоровья детей;

– экономическое обеспечение мер по охране здоровья детей;

– правовое обеспечение охраны здоровья детей;

– решение социальных проблем детства (семейное окружение как фактор здоровья ребенка, медицина образования, детский отдых, детский труд, дети в наиболее тяжелых условиях и т. д.);

– причинно-следственные связи между уровнем состояния

здоровья детей и уровнем и направлением развития современной цивилизация (включая культурологический аспект охраны здоровья детей);

– научное обеспечение охраны здоровья детей;

– медицинские меры профилактики (диспансеризация, медико-генетическое консультирование семей, скринирующие программы, включая пренатальную диагностику и т. д.);

– обеспечение ребенка полноценным питанием, санитарное просвещение родителей и детей и т. д.;

– иммунопрофилактика и другие противоэпидемические меры.

Последовательность элементов в данной системе соответствует их расположению в приведенном выше определении понятия охраны здоровья граждан и фиксирует особое, верховное значение «мер политического характера», по сути, выполняющих интегральную функцию. Такая классификация не принижает значение других элементов системы, а, напротив, благодаря интегральной роли «политики», усиливает их регулятивную задачу.

В качестве примера можно указать на Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» [301], в котором «государственная политика в области иммунопрофилактики» представлена в высшей своей форме – государственных гарантий. В статье 4 «Государственная политика в области иммунопрофилактики» данного закона установлено, что в области иммунопрофилактики государство гарантирует: доступность для граждан профилактических прививок; бесплатное проведение профилактических прививок, включенных в Национальный календарь профилактических прививок, и профилактических прививок по эпидемическим показаниям в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения; социальную поддержку граждан при возникновении поствакцинальных осложнений; разработку и реализацию федеральных целевых программ и региональных программ и т. д.

Второй компонент дефиниции охраны здоровья граждан содержит специфический признак медицинской деятельности – «медицинскую помощь в случае утраты здоровья», который является общим для всех ее видов, в том числе для педиатрической практики.

Третий компонент рассматриваемой дефиниции – понятие здоровья – в приведенном контексте не отражает существенные признаки детского периода онтогенеза, какими являются «уязвимость и зависимость» детей от внешнего мира [33].

Здоровье есть фундаментальное понятие медицины, имеющее категориальный статус [107], но в определении охраны здоровья граждан, зафиксированном в действующем законодательстве, это понятие фактически утрачивает данный статус и приближается к чувственным формам воспроизведения действительности (-«долголетняя активная жизнь», «утрата здоровья»), присущим обыденному сознанию. Использование таких неразвитых представлений о здоровье в нормативном правовом акте, по своему предназначению должному быть высшей формой научного, в том числе логического освоения регулируемых отношений, актуализирует вопрос об усилении научной поддержки в разработке здравоохранительных законов, как важном условии обеспечения их качества.

Таким образом, результаты проведенного анализа показывают, что понятие охраны здоровья граждан, как оно определено в федеральном законе, не охватывает в полном объеме понятия охраны здоровья детей и, согласно нормам формальной логики, не может безоговорочно рассматриваться в качестве делимого понятия в отношении последнего.

В настоящем исследовании в качестве операционального определения можно принять, что *охрана здоровья детей есть функция государства, реализуемая методами государственной политики и представляющая собой научно обоснованную систему мер, направленных на социально-правовую (первичную) и медицинскую (вторичную и третичную) профилактику болезней в детском возрасте, обеспечение беспрепятственного доступа каждого ребенка к пользованию наиболее совершенными услугами системы здравоохранения, включая современные эффективные, высокотехнологичные средства и виды лечения болезней и восстановления здоровья, в условиях, способствующих достижению максимально результата*[41].

Приведенное определение соответствует положениям Конвенции о правах ребенка, в том числе статье 6, где установлено, что «государства-участники обеспечивают в максимально возможной степени выживание и здоровое развитие ребенка». В контексте этой правовой нормы понятие «выживание и здоровое развитие» приобретает свойства интегральной категории, фиксирующей здоровое развитие как максимальный результат выживания. Меньшие значения этого результата свидетельствуют о недостаточной эффективности (неэффективности) регулирующей функции общества и возрастании нагрузки на биологические адаптационные механизмы выживания, когда живой организм ставится в жестко подчиненное положение по отношению к внешней среде. В этом

случае, как подчеркивает Ю. А. Владимиров [30], «по законам биологии, выживание означает одно – способность адаптироваться к новым жизненным условиям. Если организм к ним приспособиться не может, он погибает».

Рассмотрение определения охраны здоровья ребенка в связи с процессами выживания (адаптации) и здорового развития имеет практическое и научное значение, в том числе с точки зрения критического анализа постановки исследовательских задач, направленных на изучение «возможностей адаптации основных физиологических систем детского организма *в изменившихся условиях жизнедеятельности*» [323]. Подобный подход не учитывает декларированный в международных и отечественных нормативных правовых актах статус ребенка как особо уязвимого члена общества, обладающего правом на специальную защиту [99], и снижает внимание к активной роли государства в обеспечении прав детей на охрану здоровья, поскольку «изменившимися условиями жизнедеятельности» являются такие социально обусловленные неблагоприятные для здоровья детей реальности: как нестабильность социально-политической обстановки [5], экономический кризис [234], вынужденная миграция семей с детьми, «атмосфера напряженности и стресса» в семьях [232], формирование «обширного социального дна» [83], недостаточное финансирование здравоохранения [110] и т. п. Постановка исследовательских задач, направленных на изучение «возможностей адаптации» детей к подобным изменениям отражает стратегию, которая фактически закрепила детство в качестве равноправного субъекта общественных отношений, что нашло отражение в «государственной социальной политике в отношении детей», критически рассмотренной в главе 3 настоящего исследования.

Представленный выше анализ методологических вопросов изучения государственной политики в области охраны здоровья детей позволяет выделить следующие перспективные направления дальнейших разработок, направленных на совершенствование теоретического и эмпирического исследования данного объекта:

– междисциплинарное изучение сущности здоровья ребенка как атрибута его индивидуальности;

– разработка модели количественного выражения индивидуального здоровья ребенка;

– исследование фундаментальных закономерностей зависимости состояния здоровья и развития ребенка от состояния социальной среды, исследуемой по максимальному объему ее количественных характеристик (мультифакториальный анализ);

– прогноз изменения содержания понятий здоровья ребенка и охраны здоровья детей в связи с совершенствованием правового обеспечения детства.

Глава 3
Охрана здоровья детей в системе государственной политики

3.1. Проблема «подведомственности» детского здравоохранения

Такая постановка проблемы имеет свои основания. Несмотря на признание государственной политики в качестве инструмента решения здравоохранительных проблем детства, ее правой статус исследован недостаточно, следствием чего является неопределенность «подведомственности» детского здравоохранения. Так, например, в Федеральной целевой программе «Дети России» на 2007–2010 годы, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 21 марта 2007 г. № 172 [192], охрана и укрепление детского здоровья отнесена к приоритетному направлению *государственной политики по улучшению положения детей*. Комитет по охране здоровья Государственной Думы рассматривает охрану здоровья детей в качестве приоритетного направления *государственной политики в здравоохранении* [334]. Практические различия между этими точками зрения в настоящее время непринципиальны, поскольку оба правовых носителя указанных приоритетов в Российской Федерации пока не разработаны. Однако методологическое значение подобных различий нельзя не учитывать.

Как показано в предыдущих разделах исследования, в настоящее время в Российской Федерации осуществляется ряд направлений государственной политики, нацеленных на решение конкретных задач здравоохранения: государственная политика в области иммунопрофилактики инфекционных болезней [301], государственная политика в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения [302], государственная политика в области предупреждения распространения туберкулеза [312], государственная политика в области здорового питания населения [181] и др. Указанные направления деятельности, закрепленные в нормативных правовых актах, в том числе в законах, являются предпосылкой и важной правовой основой для дальнейшего усиления роли государственной политики в решении проблем охраны здоровья населения. Речь идет о выработке *государственной политики в области здравоохранения*[42] как института, интегрирующего отдельные, сегментарные здравоохранительные направления государственной политики.

Признание необходимости создания данного института имеет принципиальное значение, поскольку он должен охватывать и

решение проблем детства, что соответствует отношениям целого и части: «*политика в области здравоохранения (целое) – политика в области охраны здоровья детей (часть)*». Анализ реальной ситуации показывает, что отсутствие в настоящее время законодательно закрепленной государственной политики в области здравоохранения компенсируется формированием иного содержания рассмотренных отношений целого и части, в которых функция целого возложена на *социальную политику* и служит основанием для включения в программу настоящего исследования постановку задачи специального изучения взаимодействия социальной политики и охраны здоровья детей.

Особенностью действующей в России государственной стратегии по обеспечению прав ребенка на охрану здоровья является ее осуществление в рамках социальной политики [325; 236], объектом которой являются «экономически слабые индивидуумы» [239, с. 28] или, по выражению Т. И. Заславской (2002), «слабые мира сего» [82, с. 141]. Задачей социальной политики является создание «общественно-приемлемых социальных условий» жизни [239, с. 33] для тех, кто «временно или окончательно, вообще или частично – не в силах позаботиться о себе» [237, с. 121]. Т. Харвэй (1999) подчеркивает значение социальной политики для уменьшения бедности и маргинализации [319, с. 127].

В 1995 г. Указом Президента Российской Федерации «Об утверждении Основных направлений государственной социальной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации до 2000 года (Национального плана действий в интересах детей)»[43] [130] было установлено, что *государственная социальная политика по улучшению положения детей* в Российской Федерации является составным элементом социальной политики в России. Таким образом, детская часть населения, в том числе дети-пациенты, получила статус объекта социальной политики и феномен уязвимости и зависимости детей от условий и факторов внешнего мира, детерминированный природными особенностями детского периода онтогенеза, был на длительное время заменен представлениями о социальной и экономической слабости детей в условиях конкретного этапа общественного развития.

Анализ содержания «Национального плана» позволил определить здравоохранительную составляющую причин принятия этого документа, в котором зафиксированы такие неблагоприятные изменения в обеспечении прав детей, как ослабление инфраструктуры детского здравоохранения, ухудшение состояния здоровья новорожденных детей, рост числа

детей с хроническими заболеваниями, рост числа инвалидов, распространение детских инфекций, высокая смертность детей, неэффективность мер по охране здоровья матерей и детей и др. (табл. 5).

Таблица 5. Изменения состояния здоровья детей в Российской Федерации в 1990–1994 гг., зафиксированные в Основных направлениях государственной социальной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации до 2000 года (Национальный план действий в интересах детей) [130]

Наименование изучаемого признака
Ослабление инфраструктуры здравоохранения.
Высокая младенческая и детская смертность. Трудное положение детей, проживающих на Севере, среди которых «крайне высока младенческая смертность».
В 1994 году нормальные роды были только у 37,9% беременных женщин, в 1993 году — у 40%. Ухудшается качество здоровья новорожденных детей. Растет число новорожденных с низкой массой тела. В 2,3 раза возросла их общая заболеваемость, в том числе частота заболеваний с высоким риском летальности (сепсис, врожденные пороки развития, болезни легких, нарушения обмена веществ, глубокая недоношенность и др.).
Увеличилось число хронически больных детей: 15–20% детей дошкольного возраста имеют хронические заболевания, более чем у 50% школьников зафиксировано ослабленное здоровье, до 40% детей к окончанию школы ограничены в выборе профессии по состоянию здоровья.
Растет заболеваемость дифтерией, коклюшем, туберкулезом. До сих пор регистрируются случаи полиомиелита. Среди инфицированных ВИЧ около одной трети — дети. Из-за низкого охвата детей профилактическими прививками сложилась сложная эпидемиологическая ситуация по дифтерии. Высока вероятность роста в ближайшее время заболеваемости корью, коклюшем, паротитом и даже полиомиелитом.
Существующая в стране сеть санаторно-курортных учреждений не обеспечивает в необходимых объемах потребности в них. Сокращается число загородных детских оздоровительных лагерей.
Сохраняется острый недостаток специальных продуктов для детского питания.
Большую остроту приобрела проблема детской инвалидности.
Труд детей, не достигших 16-летнего возраста, несмотря на запрещение законом, получил распространение... При этом трудовая деятельность подростков не обеспечена правовой защитой от экономической эксплуатации, нередко представляет опасность для их здоровья. Подростки вовлекаются в трудовую деятельность без достаточного контроля за условиями труда.
Растет число алиментарно-зависимых состояний у детей (рахит, паратрофии, аллергодерматозы, анемия). Среди детей школьного возраста отмечается рост числа заболеваний органов пищеварения, таких как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желчно-каменная болезнь и других.
Вне школы уже оказались более 1,5 млн детей школьного возраста. Практически каждый третий школьник имеет нервно-психические отклонения, нуждается в психолого-педагогической и социальной реабилитации. Резкий рост социальной дезадаптации детей, ранняя алкоголизация и наркомания.
Принятые меры по охране здоровья матерей и детей пока не привели к ожидаемым результатам.

Учитывая, что в начале 90-х годов особенности решения проблем детства в условиях нарастающего социально-экономического кризиса еще не стали предметом целенаправленного научного рассмотрения, можно считать, что включение этих проблем в сферу социальной политики было относительно оправданным. Однако уже в тот период

специалисты по правам ребенка высказывали мнение о необходимости осуществления *самостоятельного* направления государственной политики в области обеспечения прав детей, в том числе на охрану здоровья. Такая рекомендация была сформулирована в 1993 г. в государственном докладе о положении детей в Российской Федерации, разработчики которого предложили рассматривать детство как специфическую социально-демографическую категорию населения, в связи с чем «политика в интересах детей должна носить самостоятельный и комплексный характер». В докладе подчеркивалось, что государственная политика в интересах детей «не может быть придатком демографической, семейной или молодежной политики» [141]. При подготовке «Национального плана» эта рекомендация не была учтена.

Результаты анализа официальных документов и нормативных правовых актов, регламентировавших принятие «Национального плана», показали, что включение проблем детства в сферу социальной политики в них не предусматривалось. Так, в Постановлении Правительства Российской Федерации от 31 января 1994 г. № 69 [169], в котором была определена структура и порядок разработки «Национального плана», назначение этого официального документа заключалось в определении приоритетных направлений комплексного решения проблем детства. В качестве основания для его разработки указаны нормативные правовые акты [198, 254], в которых также не ставилась задача разработки социальной политики в отношении детей. Более того, в одном из этих актов (Постановление Совета Министров – Правительства Российской Федерации от 23 августа 1993 г. № 848) [198] речь шла о комплексном подходе – осуществлении «экономических, правовых, социальных и иных мер по обеспечению выживания, защиты и развития детей».

Изначальное отсутствие научного обоснования понятия государственной социальной политики по улучшению положения детей, введенного в 1995 г. в управленческий оборот, в дальнейшем обусловило поливариантность формулировок этого понятия в различных нормативных правовых актах и официальных документах, которые выявляются при анализе их содержания. Между тем, именно в подобных актах и документах научно обоснованная конкретность терминов является важным условием их действенности. В качестве примеров такой поливариантности можно отметить Президентскую программу «Дети России», утвержденную Указом Президента Российской Федерации от 19 февраля 1996 года № 210, где одновременно использованы такие понятия, как «государственная социальная

политика в интересах детей», «государственная политика, направленная на комплексное решение всех проблем детей», «государственная политика в области создания условий для нормального и гармоничного физического, психологического и культурного развития детей» [263]. В нормативных правовых актах и документах получили распространение и другие формулировки: «государственная политика по улучшению положения детей» [268], «государственная политика в отношении детей» [113], «государственная социальная политика по защите, развитию и выживанию детей» [227], «интегральная социальная политика в области детства» [161], а также образные выражения, например: «отношение к вопросам детства – лакмусовая бумажка всей социальной политики государства» [144].

Отсутствие определенности содержания ключевых понятий в нормативных правовых актах, касающихся государственной политики в отношении детей, в различные годы было отмечено в публикациях специалистов Российского детского фонда [49], Государственной Думы [333] и др.

Некоторый вклад в совершенствование понятийно-категориального аппарата сферы деятельности, связанной с обеспечением прав детей, внес Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» [300], в статье 4 которого закреплено понятие «государственная политика в интересах детей». Это позволило конкретизировать полномочия органов государственной власти в реализации «государственной политики в интересах детей» (статьи 5 и 16), сформулировать принципы «государственной политики в интересах детей» (статьи 4 и 9) и определить источники финансирования «государственной политики в интересах детей» (статья 21). Однако в законе отсутствует определение данного понятия, и возможная попытка вывести этим нормативным правовым актом решение проблем детства из сферы «социальной политики» не была реализована.

В результате до настоящего времени без необходимого научного обоснования охрана здоровья детей продолжает рассматриваться как «приоритетное направление государственной *социальной политики* в интересах детей» [326], ставится задача разработки «основных направлений государственной социальной политики по улучшению положения детей» [137] и т. д.

Анализ содержания понятия социальной политики, зафиксированного в многочисленных определениях (табл. 6), позволяет выделить в качестве основных ее функциональных элементов такие, как отношения между социальными группами;

развитие социальных отраслей хозяйства; рост качества жизни населения и защищенности социально уязвимых слоев; перераспределение средств и меры по уменьшению бедности и маргинализации; создание общественно-приемлемых социальных условий для реализации возможностей членов общества (объектов социальной политики); облегчение социальной цены экономических преобразований и т. д. Такое содержание социальной политики позволяет поставить вопрос о степени обоснованности рассмотрения проблем охраны здоровья детей в качестве ее предмета.

3.2. Анализ отношений социальной политики и охраны здоровья детей

Аргументы в пользу постановки этого вопроса можно условно дифференцировать на две группы:

а) вытекающие из логического анализа исследуемых отношений;

б) отражающие биосоциальные особенности детского периода онтогенеза.

Обращаясь к первой группе аргументов, следует указать, что далеко не во всех действующих нормативных правовых актах проблемы детства рассматриваются в рамках социальной политики. Так, в Конституции Российской Федерации нет понятия «социальная политика», но зафиксировано понятие «государственная политика в области здравоохранения» (статья 114).

В статье 16 Федерального конституционного закона от 17 декабря 1997 г. № 2-КЗ «О Правительстве Российской Федерации» [295] в следующей последовательности установлено, что Правительство Российской Федерации:

– обеспечивает проведение единой государственной *социальной политики*, реализацию конституционных прав граждан в области социального обеспечения, способствует развитию социального обеспечения и благотворительности;

– принимает меры по реализации трудовых прав граждан;

– разрабатывает программы сокращения и ликвидации безработицы и обеспечивает реализацию этих программ;

– обеспечивает проведение единой государственной миграционной политики; принимает *меры по реализации прав граждан на охрану здоровья*, по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия;

– содействует *решению проблем семьи, материнства, отцовства и детства*, принимает меры по реализации молодежной политики.

Таким образом, проведение государственной социальной политики и принятие мер по реализации прав граждан (в том числе детей) на охрану здоровья зафиксированы в разных частях данной статьи конституционного закона и фактически представлены как самостоятельные направления деятельности.

Таблица 6. Определения понятия социальной политики в различных источниках информации

Наименование изучаемого признака
«Социальная политика — отношения между социальными группами, классами по поводу достижения ими своих интересов, улучшения своего положения в обществе, прежде всего, качества жизни» [45, с. 796].
«Социальная политика — это составная часть внутренней политики государства, воплощенная в его социальных программах и практике, регулирующая отношения в обществе в интересах и через интересы основных социальных групп населения» [122, с. 98].
«Социальная политика отражает взаимоотношения социальных групп по поводу сохранения и изменения социального положения населения, составляющих его классов, слоев, социальных, социально-профессиональных групп, социальных общностей (семьи, народы, население города, поселка, региона и т.п.)» [244, с. 18].
«...социальная политика призвана стимулировать всестороннее развитие человеческого потенциала общества, распространение эффективных способов и образцов экономического поведения, развитие социальных отраслей хозяйства, рост качества жизни населения и защищенности социально уязвимых слоев» [82, с. 179].
«Социальная политика — это не только помощь нуждающимся, но и инвестиции в будущее человека, в его здоровье, в его профессиональное, культурное, личностное развитие. ...Социальную политику будем проводить на принципах общедоступности и приемлемого качества базовых социальных благ. А помощь предоставлять прежде всего тем, чьи доходы существенно ниже прожиточного минимума» [34].
«В традиционном смысле слова основной целью социальной политики является перераспределение средств и меры по уменьшению бедности и маргинализации» [169, с. 127].
«Социальная политика представляет собой совокупность принимаемых органами государственного управления, работодателями, профсоюзными и другими общественно-политическими структурами (субъектами социальной политики) решений, учитывающих общественное мнение и направленных на формирование национальной стратегии государства в целях развития общества, создания общественно-приемлемых социальных условий для реализации возможностей членов общества (объектов социальной политики), повышение уровня и качества их жизни, а также мероприятий по практическому осуществлению этих решений» [239, с. 33].
«Социальная политика государства может быть представлена как форма сознательного воздействия на социальную сферу жизнедеятельности людей с целью ее изменения в интересах участников этих отношений... рыночные отношения исключают возможность равного распределения богатства общества» [44, с. 119–120].
«На практике социальная политика разрабатывается и реализуется по принципу устранения последствий проведения экономической политики и часто проводится на основе так называемых компенсационных программ, цель которых — облегчить социальную цену экономических преобразований» [21, с. 13].

Такой же вывод можно сделать исходя из того, что в соответствии с Регламентом Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации вопросы социальной политики и вопросы здравоохранения с 2002 по январь 2008 г. находились в ведении разных комитетов [200][44].

Вторая группа аргументов основывается на том, что социальная политика не учитывает (не может учитывать) биосоциальные особенности детства. Как показано выше (см. табл. 6), основной функцией социальной политики является регулирование отношений между *социальными группами* по поводу достижения ими своих интересов, улучшения своего положения в обществе, прежде всего, качества жизни [45, с. 796]. Социальная политика предусматривает активную роль социальных групп в защите своих интересов и осуществляет регулирование отношений между ними, что позволяет избежать

или устранить конфликт между «социально уязвимыми» и «благополучными» гражданами [237], ее цель – «гармонизация общественных отношений, обеспечение политической стабильности» [122, с. 98].

Такое предназначение социальной политики действительно затрагивает обеспечение прав определенных групп детей, в первую очередь оказавшихся в особенно трудном положении, обусловленном воздействием неблагоприятных факторов кризисного этапа общественного развития (беспризорные и безнадзорные дети, дети из бедных семей и т. п.), но не фиксирует специфики фундаментальных признаков ребенка как объекта государственной политики, который «ввиду его физической и умственной незрелости, нуждается в специальной охране и заботе, включая надлежащую правовую защиту, как до, так и после рождения»[45].

Изложенные представления о сущности социальной политики, позволяют сделать вывод о том, что в государстве с рыночной экономикой, основанной на конкурентной борьбе, порождающей социальное расслоение общества и поляризацию социальных групп, в действующих нормативных правовых актах дети должны быть выведены за скобки содержания понятия социальной группы, поскольку основным признаком последней является противоречие с интересами других социальных групп, реализуемое в форме «конфликта, вражды, давления… и т. д.» [244, с. 17], а также «в утверждении одних социальных групп (классов), их социальных институтов и норм, и дестабилизации положения других» [87].

Приведенные характеристики социальных групп являются отражением реалий не только новейшей истории. В 1903 г. основоположник немецкой социологии права Georg Ellinek также подчеркивал факт противостояния социальных групп, указывая, что «в государстве мы … наблюдаем непрерывную борьбу господствующих общественных групп со стремящимися к господству или оттесненными от нее группами» [64, с. 124].

Признание детской части населения в качестве социальной группы влечет за собой не только признание наличия конфронтационных противоречий между детьми и «недетской» частью населения (социальными группами), но и узаконивает неравенство детей в этих отношениях, ибо «общество как социальная система *не может полностью удовлетворить интересы и потребности всех социальных групп*, которые… обладают неравным доступом к его материальным и духовным ресурсам, механизмам создания и распределения ценностей» [44, с. 14]. В этом контексте социальная политика в отношении детей

(рассмотрение детей в качестве социальной группы) противоречит нормам Конвенции о правах ребенка, где установлено, что государства-участники обязаны первоочередное внимание уделять наилучшему обеспечению интересов ребенка (статья 3) и добиваться полного осуществления права *каждого ребенка* на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья (статья 24).

Следует отметить, что Комитет по правам ребенка в своих рекомендациях [60, с. 209–244] не использует понятие государственной социальной политики по улучшению положения детей. Напротив, акцент делается на многоаспектности, интегральном характере деятельности по обеспечению прав детей, установленных Конвенцией о правах ребенка.

Таким образом, неопределенность понятия государственной социальной политики в отношении детей отражает неопределенность ее структуры, содержания и других параметров, что вытекает из следующих логических рассуждений.

Поскольку декларированная государственная социальная политика по улучшению положения детей является «составной частью социальной политики России» [130], а социальная политика, согласно действующему законодательству [283, статья 4], является неотъемлемой составляющей программы социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу[46], то, следовательно, вопросы охраны здоровья детей как предмета государственной социальной политики должны быть с необходимой степенью полноты отражены в указанной программе (рис. 13). Это предположение не подтверждается.

Анализ Программы социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2002–2004 годы), утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 10 июля 2001 г. № 910-р [218], показал, что в разделе «Социальная политика» вопросы детства, охраны здоровья детей не рассматриваются в качестве «главных проблем», в отношении которых планируется принять «конкретные действия». В данном разделе программы среди сформулированных «основных направлений», на которых, как указано, «Правительство Российской Федерации сконцентрирует основные усилия», конкретные вопросы детства, охраны здоровья детей также не представлены. Некоторые проблемы детства, лишенные в рамках данной программы статуса предмета специального направления государственной политики, рассеяны по различным ее разделам. Например, задачи по «улучшению

качества медицинской помощи, развитию профилактики, диагностики» включены в раздел «Стабилизация демографической ситуации», что объяснимо с точки зрения экономической составляющей этой программы, но не отражает главную, моральную и правовую сторону улучшения медицинской помощи ребенку, зафиксированную в Конвенции о правах ребенка (статьи 6, 24), а именно – отношение к его здоровью как ценности.

Программа социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу
Государственная социальная политика
Государственная социальная политика по улучшению положения детей
Охрана здоровья детей

Рис. 13. Схема, иллюстрирующая структуру и взаимоотношения элементов в Программах социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (пояснение в тексте).

Как показано выше, отсутствие научно обоснованной определенности конкретного понятия влечет неточности в его использовании. Такая неточность очевидна в Программе социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2006–2008 годы), утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 19 января 2006 г. № 38-р [219], где констатировано, что «планируемый комплекс мер по созданию эффективной системы охраны материнства и детства… будет способствовать обеспечению единой государственной политики в этой области». Нетрудно увидеть, что направленность причинно-следственных отношений здесь необходимо изменить на противоположную,

поскольку эффективность системы охраны материнства и детства должна обеспечиваться именно государственной политикой в области охраны здоровья детей. Подобная ситуация, отражающая недостаточную научно-методологическую проработку государственных мер в области охраны здоровья детей, характерна не только для России, но и для других стран, в связи с чем D. Maine, A. Rosenfeld (1999) отмечают, что программы охраны здоровья матери и ребенка должны иметь ясную стратегическую направленность и четкие политические формулировки [346].

Включение детства в предметное поле социальной политики и связанные с этим многочисленные методологические и практические проблемы охраны здоровья детей обусловлено следующим недостатком в законодательном обеспечении охраны здоровья детей.

В соответствии с частью 1 статьи 1 Федерального закона от 20 июля 1995 г. № 115-ФЗ «О государственном прогнозировании и программах социально-экономического развития Российской Федерации» [283], результаты государственного прогнозирования социально-экономического развития Российской Федерации используются при принятии органами законодательной и исполнительной власти Российской Федерации конкретных решений в области социально-экономической политики государства. При этом, согласно части 2 статьи 2 данного закона, прогнозы социально-экономического развития разрабатываются, исходя из комплексного анализа четко очерченного перечня факторов, а именно:

– демографической ситуации;

– научно-технического потенциала;

– накопленного национального богатства;

– социальной структуры;

– внешнего положения Российской Федерации;

– состояния природных ресурсов и «перспектив изменения указанных факторов».

То есть данные о состоянии здоровья граждан, в том числе данные о состоянии здоровья детей, объектом указанного комплексного анализа не являются. Несмотря на это, согласно пункту 5 статьи 2 данного закона, прогнозы социально-экономического развития должны включать, среди прочих, «количественные показатели и качественные характеристики» системы здравоохранения.

Отсюда вывод: закон не требует, чтобы «количественные показатели и качественные характеристики» системы здравоохранения, фиксируемые в прогнозах социально-

экономического развития Российской Федерации, основывались на анализе состояния здоровья граждан, в том числе детей.

В итоге, как бы ни были актуальны проблемы обеспечения прав детей на охрану здоровья, они, будучи упакованы в оболочку «социальной политики», реально не отражены в необходимом объеме в программах социально-экономического развития, разрабатываемых в соответствии с указанным законом.

При решении вопроса об отношениях социальной политики и охраны здоровья детей необходимо учитывать и такой фактор, как неприемлемость передачи острых проблем детства, требующих безотлагательного принятия адекватных решений, в сферу государственной деятельности, нуждающуюся в конкретизации ее теории и правовом совершенствовании практики.

Не ставя задачу проведения критического анализа уровня теоретического освоения социальной политики как научной дисциплины, можно сослаться на мнение современных специалистов, исследующих эту область знания. В научном труде «Социальные стандарты качества жизни» (2008), в разделе, раскрывающем новые тенденции в современной европейской социальной политике, отмечается, что в России «само понятие «социальная политика» еще не определено». При этом социальная политика «не представлена как система с четко обозначенными целями, методами их достижения, механизмами реализации и критериями оценки»[47].

Практика социальной политики нуждается также в серьезном правовом обеспечении. В статье 7 Конституции Российской Федерации установлено, что Российская Федерация является социальным государством. Как отмечает А. Ф. Храмцов (2007), по поводу указанного положения Конституции, Правительство Российской Федерации заявило «в Национальном докладе к Всемирной встрече на высшем уровне в интересах социального развития (Копенгаген, 1995), что в нашей стране лишь строится социальное государство» [320]. По оценкам А. Ф. Храмцова (2007), «основной вектор социальной политики Российского государства… не позволяет сколько-нибудь эффективно поддерживать по настоящему бедствующих». А. А. Тихонов (2007) приводит данные о том, что «почти 40 % россиян (что на 5 % больше, чем в 2003 г.) находятся сейчас либо за чертой бедности, либо на этой черте» [249, с. 85]. В связи с этим целесообразно отметить, что состояние здоровья детей из бедных семей уже стало предметом специальных медико-социальных исследований [109, 335].

Указанные факты свидетельствуют, что рассмотрение

проблем детства в русле недостаточно обеспеченного в правовом, финансовом и научном отношении направления государственной деятельности, каким является социальная политика, не позволяют рассчитывать на успешное решение задач по охране здоровья детей.

Проблемы охраны здоровья детей «не подведомственны» социальной политике. Предметом государственной социальной политики является *социальное неравенство* людей в их доступе к жизненным благам, включая средства сохранения здоровья[48], в то время как отношения между детской и остальной частью населения – есть *естественное неравенство*, которое, таким образом, не может быть предметом социальной политики. Обоснованное перемещение проблем охраны здоровья детей из предметного поля социальной политики, осуществляемой в условиях современной России, в сферу предлагаемого самостоятельного направления государственной политики в области охраны здоровья детей актуализирует дальнейшее углубленное междисциплинарное изучение эволюции и функционирования сложной системы «здоровье ребенка – общество».

Мы предлагаем установить статус детской части населения в качестве не «социальной группы», а «ростковой зоны» всего общества.

Следует подчеркнуть, что в пользу разработки и осуществления государственной политики в области охраны здоровья детей как самостоятельного направления политики свидетельствует усиливающаяся тенденция активного практического использования методов государственной политики для решения наиболее острых проблем, требующих безотлагательного решения. С этой точки зрения характерны выводы, содержащиеся в совместном решении коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации, коллегии Министерства труда и социального развития Российской Федерации и коллегии Министерства образования Российской Федерации от 11 апреля 2002 г., протокол № 7 «О проекте концепции охраны репродуктивного здоровья населения России на 2000–2004 годы и плане мероприятий по ее реализации»[49]. В этом документе необходимость рассмотрения проблем охраны репродуктивного здоровья населения в качестве одного «из направлений государственной политики и факторов национальной безопасности страны» аргументируется тем, что «проблемы охраны репродуктивного здоровья населения в условиях экономического и демографического кризиса выходят за пределы компетенции здравоохранения и приобретают характер

первостепенных задач национальной политики» [247, с. 24–30]. Анализ этого вывода позволяет выделить следующие три элемента, отражающие его логику:

1) конкретные противоречия общественного развития являются предметом специального (отдельного) направления государственной политики;

2) государственная политика является способом решения наиболее острых и неотложных проблем общественного развития;

3) государственная политика является инструментом решения межсекторальных проблем.

Указанные положения являются практической основой для использования методов государственной политики при решении проблем охраны здоровья детей. Методом экстраполяции можно сделать вывод о том, что такие отмеченные выше признаки, характерные для современных проблем охраны репродуктивного здоровья населения, как «угроза национальной безопасности», «экономический и демографический кризис», необходимость воздействия на причины неблагополучия, «выходящие за пределы компетенции здравоохранения», полностью соответствуют системе аргументации в отношении постановки цели выработки научно обоснованной государственной политики в области охраны здоровья детей, ее последующего законодательного закрепления и осуществления в качестве «первостепенной задачи национальной политики».

Основным результатом настоящего раздела исследования является обоснованный вывод о том, что детское здоровье необходимо рассматривать в качестве предмета государственной политики в области охраны здоровья детей как самостоятельного социального института.

Глава 4
Исследование правовых основ государственной политики в области охраны здоровья детей

Решение научной задачи формирования государственной политики в области охраны здоровья детей предусматривает предварительное определение ее правовых основ. В связи с этим был проведен анализ международных документов, а также нормативных правовых актов федерального и регионального уровня, в которых охрана здоровья детей зафиксирована в качестве предмета государственной политики. Группировка указанных документов и актов, рассматриваемых в качестве институциональных факторов формирования государственной политики в области охраны здоровья детей, по способу отражения в них проблем детского здравоохранения позволила представить следующую классификацию (табл. 7), состоящую из пяти блоков:

– международные документы, регулирующие отношения в области охраны здоровья детей в общем контексте обеспечения прав ребенка;

– федеральные акты, регулирующие решение вопросов охраны здоровья детей в рамках общего предметного поля государственной политики в интересах детей;

– федеральные и региональные акты, регулирующие вопросы государственной политики в области здравоохранения;

– федеральные акты, в которых охрана здоровья детей представлена в качестве предмета самостоятельного направления государственной политики;

– федеральные акты, в которых закреплены различные (не здравоохраненческие) направления государственной политики, включающие отдельные вопросы обеспечения права детей на охрану здоровья.

Таблица 7. Классификация международных и отечественных документов, в которых охрана здоровья детей зафиксирована в качестве предмета государственной политики

1. Международные документы.
— Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей. — Конвенция о правах ребенка.
2. Федеральные акты, регулирующие решение вопросов охраны здоровья в рамках общего предметного поля государственной политики в интересах детей.
— Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации». — Федеральная целевая программа «Дети России» на 2007–2010 годы, утвержденная Постановлением Правительства Российской Федерации от 21 марта 2007 г. № 172 «О федеральной целевой программе «Дети России» на 2007–2010 годы».

3. Федеральные и региональные акты, регулирующие вопросы государственной политики в области здравоохранения.
— Конституция Российской Федерации. — Закон Российской Федерации от 28 июня 1991 г. № 1499-I «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». — Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1. — Соглашение от 12 января 1996 г. № 5 между Правительством Российской Федерации и Правительством Свердловской области о разграничении полномочий в сфере здравоохранения. — Соглашение от 29 мая 1996 г. № 10 между Правительством Российской Федерации и администрацией Ростовской области о разграничении предметов ведения и полномочий в сфере здравоохранения. — Соглашение от 18 сентября 1997 г. № 13 между Правительством Российской Федерации и администрацией Вологодской области о разграничении полномочий в сфере здравоохранения. — Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней». — Федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». — Федеральный закон от 2 января 2000 г. № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов». — Федеральный закон от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации». — Концепция государственной политики развития курортного дела в Российской Федерации, одобренная решением коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 июня 2003 г. № 11.
4. Федеральные акты, в которых охрана здоровья детей представлена в качестве предмета самостоятельного направления государственной политики.
— Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации и Российской академии медицинских наук от 24 октября 2003 г. № 506/92 «Об утверждении программы «О мерах по улучшению состояния здоровья детей Российской Федерации на 2004–2010 гг.» (по итогам Всероссийской диспансеризации детей 2002 г.)». — Решение коллегии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 февраля 2005 года, протокол №1, «О проекте Концепции охраны здоровья детей в Российской Федерации до 2010 года и Плане мероприятий по ее реализации». — Программа социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2006–2008 годы), утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 19 января 2006 г. № 38-р.
5. Федеральные акты, в которых закреплены различные (не здравоохраненческие) направления государственной политики, включающие отдельные вопросы обеспечения права детей на охрану здоровья.
— Закон Российской Федерации от 10 июля 1992 г. №3266-1-ФЗ «Об образовании». — Указ Президента Российской Федерации от 14 мая 1996 г. № 712 «Об основных направлениях государственной семейной политики». — Федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах». — Федеральный закон от 10 апреля 2000 г. № 51-ФЗ «Об утверждении Федеральной программы развития образования». — Трудовой кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. № 197-ФЗ.

4.1. Отражение государственной политики в области охраны здоровья детей в международных документах

В начале 90-х годов XX века, ко времени образования Российской Федерации и формирования новых социально-экономических реальностей (рыночная экономика, частная собственность на средства производства, либерализация рынка труда, социальное неравенство[50], маргинализация значительной части населения [245] и т. д.), из-за отсутствия национальных законов, адекватно регулирующих отношения в области охраны здоровья детей, решающую позитивную роль сыграли нормы международных документов по правам ребенка. Поэтому не случайно первые российские нормативные правовые акты и официальные документы, направленные на решение проблем детства, апеллировали именно к международным соглашениям. В преамбуле принятого в 1995 г. Федерального закона «О международных договорах Российской Федерации» [181] особо подчеркнуто, что Российская Федерация привержена принципу добросовестного выполнения международных обязательств, при этом, если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные законом, то применяются правила международного договора (статья 5). Эта норма зафиксирована также в статье 15 Конституции Российской Федерации.

Анализ нормативных правовых актов, вступивших в силу в 1990–2006 годах, позволяет сделать вывод о том, что начало формирования современных представлений о целях, содержании, принципах и других параметрах государственной политики в области охраны здоровья детей в Российской Федерации напрямую связано с принятием обязательств по осуществлению Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей [33] и Конвенции о правах ребенка [90].

В качестве правовой основы здравоохранительного направления государственной политики в интересах детей оба указанных международных договора выполняют взаимодополняющие функции и в этом единстве развивают позицию Всемирной организации здравоохранения, выраженную в ее Уставе (1946) в виде формулы: «Здоровое развитие ребенка является фактором первостепенной важности». В 1948 г. указанная позиция ВОЗ была усилена авторитетом Всеобщей декларации прав человека, в которой провозглашено, что

«материнство и младенчество дают право на особое попечение и помощь» [114, с. 39–43].

Исследование других международных документов, связанных с обеспечением прав детей на охрану здоровья (Декларация и План действий «Мир, пригодный для жизни детей» [223], документы Международной организации труда [88, 89], специализированных организаций ООН и др.), показало, что степень охвата проблем охраны здоровья детей в них не превосходит таковую во Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей и в Конвенции о правах ребенка.

4.1.1. Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей

Значение Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей (далее по тексту – Декларация) в решении проблем здравоохранения обусловлено установленным в ней требованием к государствам-участникам принимать все необходимые законодательные и иные меры с целью снижения детской смертности, борьбы с недоеданием, а также с целью обеспечения детям «элементарных гарантий» нормального физического и умственного развития.

Опираясь на результаты анализа норм и положений Декларации, а также Плана действий по ее осуществлению [135] (далее по тексту – План действий), можно выделить три установленных в этих документах взаимодополняющих обязательства, являющихся основой для выработки государственной политики в области охраны здоровья детей в Российской Федерации.

Первое обязательство фиксирует зависимость благополучия детей от наличия и реализации в стране целенаправленной государственной политики. В Декларации (пункт 18) это положение представлено в форме констатации «благополучие детей требует мер политического характера», из которой следует, что Декларация придает политическим мерам по обеспечению выживания, защиты и развития детей значение *функции государства*.

Второе принципиально важное обязательство вытекает из того, что в Плане действий (пункт 3) прогресс в области улучшения положения детей возведен в ранг «*ключевой цели* национального развития в целом». В нашей стране логичной формой достижения указанной «*ключевой цели* национального развития» мог бы стать ее синтез с «*ключевыми направлениями*

деятельности» Правительства Российской Федерации, изложенными в Программе социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2006–2008 годы) [219]. При таком подходе вопросы охраны здоровья детей приобретают статус *самостоятельной* цели национального развития в целом, что придает ей особое ценностное значение. В действительности, в указанной Программе улучшение здоровья детей рассматривается опосредованно и экономически прагматично – как средство преодоления кризисной демографической ситуации.

Третье обязательство является органичным продолжением первых двух и предусматривает в интересах детей «мобилизацию *всех секторов общества*, в том числе тех, которые традиционно не рассматривали вопросы выживания, защиты и развития детей в качестве своих основных задач» (пункт 34 Плана действий). Необходимо отметить, что в Российской Федерации, несмотря на признание необходимости осуществления межсекторального подхода к решению проблем охраны здоровья детей, данное положение Декларации не получило необходимого закрепления в нормативно-правовых актах. В 2005 г. в связи с невыполнением Российской Федерацией обязательства по объединению всех необходимых моральных и материальных ресурсов для достижения благополучия детей Комитет по правам ребенка рекомендовал «активизировать усилия по укреплению согласованности и скоординированности мер, принимаемых в интересах детей и молодежи» [67].

Таким образом, анализ положений Декларации, охватывающей весь спектр проблем детства в современном мире, позволяет рассматривать ее в качестве важного фактора институциолизации государственной политики в области охраны здоровья детей в Российской Федерации и заключается:

а) в определении детского здравоохранения как функции государства;

б) рассмотрении прогресса в улучшении здоровья детей в качестве ключевой цели национального развития;

в) требовании мобилизации всех секторов общества в интересах детства.

Правовые механизмы осуществления данных положений Декларации получили развитие в Конвенции о правах ребенка и в документах Комитета по правам ребенка.

4.1.2. Конвенция о правах ребенка

Особенностью Конвенции о правах ребенка (далее по тексту –

Конвенция) является то, что по сравнению с ранее принятыми документами в области прав детей, данный акт является наиболее полным и первым, в котором эти права приобретают статус норм международного права [341]. В силу своего положения в национальном законодательстве Конвенция является, наряду с федеральными актами, правовой основой для выработки и законодательного закрепления любого направления государственной политики в интересах детей, в том числе в области охраны их здоровья.

Этот вывод согласуется со статьей 4 Конвенции, в соответствии с которой государство-участник обязано принимать все необходимые законодательные, административные и другие меры для осуществления прав, зафиксированных в Конвенции, что придает государству статус *гаранта* обеспечения прав ребенка.

Здравоохранительный потенциал Конвенции зафиксирован в целом ряде фундаментальных положений (табл. 8), охватывающих вопросы обеспечения права ребенка на выживание и здоровое развитие (статья 6), право на профилактику, лечение и восстановление здоровья (статьи 23, 24), право на периодическую оценку лечения (статья 25) и т. д.

Таблица 8. Вопросы здравоохранения в Конвенции о правах ребенка

Наименование изучаемого признака	Статьи Конвенции
Государства-участники уважают и обеспечивают все права, предусмотренные настоящей Конвенцией, за каждым ребенком, находящимся в пределах их юрисдикции, без какой-либо дискриминации, независимо от... *состояния здоровья* и рождения ребенка,... или каких-либо иных обстоятельств.	Статья 2
Государства-участники обеспечивают, чтобы учреждения, службы и органы, ответственные за заботу о детях или их защиту, отвечали нормам, установленным компетентными органами, в частности, в области безопасности и *здравоохранения*, с точки зрения численности и пригодности их персонала, а также компетентного надзора.	Статья 3
Государства-участники признают, что каждый ребенок имеет неотъемлемое *право на жизнь*. Государства-участники обеспечивают в максимально возможной степени *выживание и здоровое развитие* ребенка.	Статья 6
Обеспечение неполноценному ребенку эффективного доступа к услугам в области медицинского обслуживания, *восстановления здоровья*.	Статья 23
Государства-участники признают право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами *системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья*. Государства-участники стремятся обеспечить, чтобы ни один ребенок не был лишен своего права на доступ к подобным услугам системы *здравоохранения*. Государства-участники добиваются полного осуществления данного права...	Статья 24
Государства-участники признают право ребенка, помещенного компетентными органами на попечение с целью ухода за ним, его защиты или физического либо психического *лечения*, на *периодическую оценку лечения*, предоставляемого ребенку, и всех других условий, связанных с таким попечением о ребенке.	Статья 25

Отмеченная выше особая роль Конвенции в формировании национальной нормативно-правовой системы обеспечения прав ребенка позволяет рассматривать данное международное соглашение, а также документы Комитета по правам ребенка в качестве объектов, представляющих интерес для специального научного анализа, в том числе с целью выявления в них таких элементов, которые следует использовать в качестве составляющих государственной политики в области охраны здоровья детей.

Необходимо отметить, что понятие политики в контексте осуществления прав ребенка используется в Конвенции «по умолчанию», что связано со стремлением ее разработчиков избежать трудно преодолимых разногласий в трактовке этого термина[51]. Вместе с тем, исследование официальных документов Комитета по правам ребенка (далее в текущем разделе – Комитет) позволяет сделать вывод о том, что этот международный орган придает политике в интересах детей значение одного из главных механизмов осуществления Конвенции.

Так, в специально разработанном Руководстве [60], касающемся формы и содержания государственных периодических докладов о выполнении Конвенции, Комитет

предусматривает, что работа органов власти по обеспечению прав ребенка должна осуществляться на основе разработки «общей или секторальной политики». Данная констатация является принципиально важной, поскольку таким образом Комитет выводит обеспечение прав детей на охрану здоровья на уровень задач государственной политики.

Проведенный анализ указанного Руководства (166 разделов) позволил определить объем аспектов государственной политики, связанных с осуществлением прав детей, в т. ч. на охрану здоровья, установленных в Конвенции (табл. 9).

Таблица 9. Меры государственной политики, связанные с осуществлением Конвенции о правах ребенка

Наименование изучаемых признаков
Приведение правовых норм и *политики* в соответствие с положениями Конвенции (3).
Участие общественности в наблюдении за осуществлением государственной *политики* (3).
Разработка общей или секторальной *политики* в целях осуществления Конвенции (5).
Действия, касающиеся законодательства, *политики*, механизмов, структур и предоставления ресурсов (6).
Координация *политики*, касающейся детей (18).
Сбор информации в качестве основы для разработки *политики* в области прав детей (18).
Обеспечение координации экономической и социальной *политики* (20)
Обеспечение приоритетности детской проблематики в процессе разработки *политики* (20).
Оценка негативного воздействия экономической *политики*, в том числе сокращения бюджетных ассигнований в социальном секторе (20).
Разработка *политики* планирования и развития, включая *политику* в области строительства, транспорта и окружающей среды (35).
Учет мнения ребенка в процессе принятия *политических* решений (47).
Разработка *политики* и программ (95).
Изменения в законодательстве, *политике*, услугах, бюджетных ассигнованиях (106).
Пересмотр школьной *политики* для достижения целей Конвенции (113).
Разработка *политики* и программ для устранения физических и психологических последствий конфликтов для детей и содействия их реинтеграции в общество (130).
Национальная *политика* и многопрофильная стратегия по предупреждению и ликвидации экономической эксплуатации детей и детского труда (154).
Политика и стратегии по обеспечению физического и психологического восстановления и социальной реинтеграции детей (156).
Выделение надлежащих средств для разработки и осуществления соответствующей *политики* и программ (161).

Примечание. В скобках указаны номера соответствующих разделов документа Комитета по правам ребенка CRC/C/58 от 20 ноября 1996 г. [60].

Как видно из приведенных данных, для решения проблем детства должна обеспечиваться приоритетность детской проблематики в процессе разработки политики. Необходимы

меры по предупреждению негативного воздействия экономической политики (сокращение бюджетных ассигнований в социальном секторе) на положение детей. С этой целью Комитет рекомендует осуществлять координацию экономической и социальной политики. Изменения в законодательстве, политике, услугах, бюджетных ассигнованиях должны рассматривается с учетом прав ребенка, что также предусматривает соответствующую координацию. Государство обеспечивает участие общественности в наблюдении за осуществлением государственной политики в интересах детей, а также организует учет мнения детей в процессе принятия политических решений и т. д.

В указанном документе Комитета по правам ребенка приоритетность политики в интересах детей обеспечивается приведением правовых норм и общей политики в соответствие с положениями Конвенции. В Российской Федерации эта работа еще не завершена [91] и законодательное и иное обеспечение охраны здоровья детей остается недостаточным. В Заключительных замечаниях Комитета по правам ребенка [67], сделанным по итогам рассмотрения Третьего периодического доклада о реализации Российской Федерацией Конвенции о правах ребенка (1998–2002 гг.) [251], выражена «обеспокоенность» тем, что «виды обслуживания и программы, введенные в соответствии с реформой системы, не полностью соответствуют положениям статьи 24 Конвенции»[52], устанавливающей право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и на свободный доступ к таким услугам.

Таблица 10. Причины неполного осуществления в Российской Федерации норм Конвенции о правах ребенка (По результатам анализа документа Комитета по правам ребенка CRC/C/RUS/CO/3 от 23 ноября 2005 г. [67])

Наименование изучаемых признаков
Институциональные причины.
Упразднение Межведомственной комиссии по координации осуществления Конвенции о правах ребенка и отсутствие в настоящее время необходимых координационных механизмов (11).
Отсутствие в Российской Федерации федерального управления уполномоченного по правам ребенка (13, 14).
Организационные причины.
Недостаточная согласованность и скоординированность мер, принимаемых в интересах детей и молодежи, для обеспечения адекватного взаимодействия между центральными и местными органами власти (12).
Наличие отдельных планов действий по различным направлениям, что затрудняет целостное и скоординированное осуществление стратегии по улучшению положения детей в целом (15).
Отсутствие адекватного механизма сбора данных о положении детей (17).
Причины, связанные с недостаточным законодательным обеспечением прав детей.
Негативные последствия принятия «Закона № 122-ФЗ» на осуществление прав ребенка (9, 11, 19).
Отсутствие с 2000 года в Российской Федерации общенационального плана действий в интересах детей (15, 16).

Примечание. В скобках указаны номера соответствующих разделов исследуемого источника информации.

Проведенный нами анализ всего объема указанных Заключительных замечаний Комитета (90 разделов) позволил выделить семь причин неполного соответствия осуществляемых мер по охране здоровья детей нормам Конвенции (табл. 10), которые можно классифицировать: на институциональные, организационные и причины, связанные с недостаточным законодательным обеспечением прав детей.

По нашим оценкам, в этой классификации в качестве институциональных причин можно рассматривать: упразднение Межведомственной комиссии по координации осуществления Конвенции о правах ребенка и отсутствие в настоящее время необходимых координационных механизмов; отсутствие в Российской Федерации федерального управления уполномоченного по правам ребенка[53].

В свою очередь, указанные причины реализуют действие, как было условлено именовать, технических причин, к которым отнесены: недостаточная скоординированность мер, принимаемых в интересах детей; наличие отдельных (несогласованных) планов действий по различным направлениям, что затрудняет целостное осуществление стратегии по улучшению положения детей; отсутствие адекватного механизма сбора данных о положении детей.

Причины, связанные с недостаточным законодательным обеспечением прав детей на охрану здоровья, отражают принятие «Закона № 122-ФЗ» [315] и отсутствие с 2000 г. в Российской

Федерации общенационального плана действий в интересах детей.

При сопоставлении указанных причин неблагополучия в охране здоровья детей с рассмотренными выше требованиями Комитета относительно осуществления политики в интересах детей (см. табл. 9) нетрудно заметить, что каждая из классифицированных причин в свою очередь является следствием невыполнения конкретных положений государственной политики в данной области.

Так, принятие «закона № 122» и отсутствие с 2000 г. в Российской Федерации общенационального плана действий в интересах детей являются следствием необеспечения «приоритетности детской проблематики в процессе разработки политики», а также невыполнения требования относительно «приведения общей политики в соответствие с положениями Конвенции». Отсутствие адекватного механизма сбора данных о положении детей является следствием необеспечения «сбора информации в качестве основы для разработки политики в области прав детей». Недостаточная согласованность мер, принимаемых в интересах детей, обусловлена необеспечением «координации *политики* в отношении детей» и т. д.

Таким образом, результаты анализа норм Конвенции, а также нормативных документов Комитета по правам ребенка, позволяют:

– во- первых, рассматривать Конвенцию и указанные документы в качестве правовой основы для формирования государственной политики в области охраны здоровья детей;

– во-вторых, идентифицировать ряд системных причин неблагополучия в детском здравоохранении, воздействие на которые необходимо средствами государственной политики.

4.2. Вопросы охраны здоровья в структуре государственной политики в интересах детей

В 1993 году Правительство Российской Федерации признало неэффективность существующей системы правовой защиты детства и в качестве недостатка отметило отсутствие единой государственной политики в интересах детей [65, с. 15]. В последующем этот факт послужил основанием для разработки и принятия Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» [300], закрепившего деятельность в интересах детей, в т. ч. в сфере охраны их здоровья, в статусе предмета государственной политики.

Необходимо отметить, что по ряду положений этот закон подвергался обоснованной критике специалистов. В частности, закон не обеспечивал реализацию той нормы Конвенции о правах ребенка, которая ориентировала на максимальные усилия общества по обеспечению благосостояния детей (статьи 4, 6, 9, 18, 23, 24 и др.), и устанавливал, что в Российской Федерации государственная политика в интересах детей осуществляется на основе государственных минимальных социальных стандартов (статья 8), в т. ч. по бесплатному медицинскому обслуживанию детей, обеспечению их питанием в соответствии с минимальными нормами питания. С 1 января 2005 г. статья 8 закона утратила силу[54], но многие вопросы финансирования мероприятий по обеспечению государственных гарантий по охране здоровья детей остаются нерешенными[55]. Существенным недостатком является декларативность тех положений закона, которые не содержат новизны или дублируют уже действующее законодательство. Примером является статья 10 (где повторяются, но не получают необходимого развития нормы Конституции Российской Федерации, а также других актов[56]), устанавливающая право детей на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. То же замечание касается констатации права детей на отдых и оздоровление (статья 12). В законе не определены механизмы осуществления прав ребенка, находящегося в учреждении здравоохранения, на периодическую оценку лечения и всех других условий, как это установлено в Конвенции о правах ребенка (статья 25).

Таким образом, и достоинства, и недостатки данного закона являются взаимодополняющими правовыми основаниями для

постановки задачи выработки специального направления государственной политики в области охраны здоровья детей.

Необходимость решения этой задачи вытекает также из положений Федеральной целевой программы «Дети России» на 2007–2010 годы, в которой охрана и укрепление состояния здоровья детей рассматривается в качестве приоритетного направления *государственной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации* [192].

Как видим, особенностью рассмотренных документов является то, что, занимая высокий уровень в иерархии нормативных правовых актов (федеральный закон, постановление Правительства Российской Федерации), они фиксируют здравоохранительные меры не в качестве самостоятельного направления государственной политики, а как часть более общего направления деятельности – государственной политики в интересах детей. Вместе с тем, в указанных актах, в силу их всеобъемлющего характера, конкретные механизмы осуществления прав детей на охрану здоровья не определены, что актуализирует поставленную в настоящем исследовании цель научного обоснования специального института обеспечения этих прав.

4.3. Федеральные и региональные акты, регулирующие вопросы государственной политики в области здравоохранения

Признание иерархии «государственная политика в области здравоохранения – государственная политика в области охраны здоровья детей» (см. раздел 3.1.) не противоречит утверждаемому в настоящей работе положению, согласно которому второй элемент данной системы обладает признаками самостоятельного института. Его контуры очерчены нормами Конвенции о правах ребенка и других международных актов, устанавливающих, что ребенок являются самостоятельным субъектом права и проблемы детства являются предметом отдельного направления государственной политики. Однако такое разграничение не только дифференцирует указанный институт, но и формирует новый взгляд на систему «здравоохранение – охрана здоровья детей», которая должна стать объектом специального научного анализа. В нашем исследовании важно подчеркнуть, что системность этих отношений проявляется, в частности, в том, что правовые основы государственной политики в области здравоохранения являются правовыми основами государственной политики в области охраны здоровья детей. Отсутствие в настоящее время законодательно закрепленной государственной политики в области здравоохранения не является препятствием, а, напротив, актуализирует разработку ее «детского» компонента. Это необходимо для скорейшего включения государственной политики в систему мер, нацеленных на неотложное решение острых проблем детства в России.

Одним из первых законов, в котором охрана здоровья граждан получила статус предмета государственной политики, стал Закон Российской Федерации от 28 июня 1991 г. № 1499-I «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» [74]. В этом акте содержание «государственной политики в области охраны здоровья населения» (статья 11) раскрыто через структуру использования финансовых средств на ее реализацию, включающую: мероприятия по разработке и реализации целевых программ; обеспечение профессиональной подготовки кадров; научные исследования; развитие материально-технической базы учреждений здравоохранения; субсидирование конкретных территорий с целью выравнивания условий оказания медицинской помощи населению по обязательному медицинскому страхованию; оплату особо дорогостоящих видов

медицинской помощи; финансирование медицинских учреждений, оказывающих помощь при социально значимых заболеваниях; оказание медицинской помощи при массовых заболеваниях, в зонах стихийных бедствий, катастроф; другие цели в области охраны здоровья населения.

Особенностью указанного закона является то, что в нем обозначены фактически две государственные политики: государственная политика в области охраны здоровья населения (статья 11) и государственная политика в области обязательного медицинского страхования (статья 12). Взаимоотношения между этими «политиками» в законе не раскрыты, что, по нашим оценкам, отражает общую его недостаточную методологическую проработку.

В последующий период финансовый компонент государственной политики был дополнен положениями ряда принятых законов. Так, были регламентированы полномочия Российской Федерации в регулировании отношений в сфере здравоохранения, заключающиеся в установлении основ государственной политики в области охраны здоровья граждан [129], определении основных направлений государственной политики в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения [302], проведении в Российской Федерации государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза [312], выработке и проведении в Российской Федерации единой государственной политики в области обеспечения качества и безопасности пищевых продуктов [310].

Вопросы государственной политики в сфере здравоохранения отражены в соглашениях, заключенных Правительством Российской Федерации с субъектами Российской Федерации о разграничении соответствующих полномочий. Так, в Соглашении с Правительством Свердловской области зафиксировано, что стороны проводят согласованную политику в сфере здравоохранения [240]. В Соглашении с администрацией Ростовской области закреплено гарантированное участие администрации в осуществлении общегосударственной политики в области здравоохранения [241]. Администрация Вологодской области взяла на себя обязательства по обеспечению реализации государственной политики Российской Федерации в сфере здравоохранения «на всей территории Вологодской области» [242] и т. д.

В Российской Федерации действуют нормативные правовые акты, регулирующие отдельные сферы здравоохранительной деятельности, которые логично рассматривать как конкретные

разделы будущей государственной политики в области здравоохранения. Например, Решением коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 июня 2003 г. № 11 была одобрена «Концепция государственной политики развития курортного дела в Российской Федерации», в которой определены цель, основные задачи данного направления политики, представлен ее понятийный аппарат [94]. В Федеральном законе от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» [301] установлены правовые основы государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных болезней, которая раскрывается в категориях доступности и бесплатности для граждан, социальной поддержки в случае поствакцинальных осложнений, программной деятельности, использования эффективных иммунобиологических препаратов, осуществления государственного контроля их качества, эффективности и безопасности, поддержки научных исследований, обеспечения современного уровня производства, поддержки отечественных производителей, подготовки кадров, применения методов статистической обработки данных, информационного обеспечения, международного сотрудничества, функции органов исполнительной власти.

В 2001 г. в своем послании Федеральному Собранию РФ Президент Российской Федерации подчеркнул значение охраны здоровья в современных условиях как проблему государственного масштаба [145], что позволило Министерству здравоохранения Российской Федерации декларировать столь высокую значимость этой проблемы как «основу всей политики в области охраны здоровья» [53]. В 2004 г. на Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации было возложено осуществление анализа реализации государственной политики в установленной сфере деятельности [143].

При рассмотрении указанных актов и документов нами была поставлена задача не только констатировать наличие правовых основ выработки государственной политики в области здравоохранения, но и проанализировать причины их нереализации, поскольку данный факт не мог не отразиться на положении в системе охраны здоровья детей. Результаты проведенного анализа позволили выделить три такие взаимосвязанные причины: 1) отсутствие научного обоснования содержания понятия государственной политики в области здравоохранения, 2) отсутствие преемственности при разработке нормативных правовых актов, 3) несогласованность нормативных правовых актов.

Первая из указанных причин, проявляющаяся недостаточным вниманием к совершенствованию понятийно-категориального аппарата здравоохранения, связана с тем, что, несмотря на широкое использование в практическом управленческом и научном обиходе, понятие государственной политики в области здравоохранения до настоящего времени не имеет статуса частнонаучной категории. Как следствие, это понятие представлено в нормативных правовых актах и официальных документах в различной редакции, что снижает их регулятивную функцию: «социальная политика в сфере здравоохранения» [144], «государственная политика в области здравоохранения» [179, 212], «государственная политика в области охраны здоровья населения» [74], «государственная политика в области реформирования здравоохранения» [162, 163, 218], «государственная политика в сфере здравоохранения и социального развития» [307], «политика в области охраны здоровья граждан» [229], «государственная политика в развитии здравоохранения» [205] и т. д. В подобной ситуации известный науковед В. В. Налимов справедливо отметил, что внутренняя рассогласованность суждений, создаваемая полиморфизмом языка, не должна заходить слишком далеко[57]. В итоге, не став объектом теоретического освоения, понятие (понятия) государственной политики в исследуемой области не фиксирует конкретного знания о функционировании системы здравоохранения и не является средством познания этой системы. Данный факт отражает ситуацию неопределенности не только в научном, но и в практическом решении проблемы, которую В. И. Стародубов (2003) [247, с. 14] характеризует замечанием о том, что «остается неясным, как определяется наша политика в области здравоохранения? … какой модели развития здравоохранения будем следовать в ближайшее время».

Уместно отметить, что научное определение ключевых понятий еще не стало обязательным не только в здравоохраненческих нормативных правовых актах и официальных документах, но и в актах и документах, регулирующих отношения в тесно связанных со здравоохранением сферах государственной политики. Так, в статье 5 Федерального закона от 9 января 1996 г. № 3-ФЗ «О радиационной безопасности населения» [287] установлено, что к полномочиям Российской Федерации в области обеспечения радиационной безопасности относится, помимо прочего, определение государственной политики в области обеспечения радиационной безопасности и ее реализация. Однако в законе отсутствует дефиниция этого понятия. В Федеральном законе от

10 января 2002 г. № 7-ФЗ «Об охране окружающей среды» [314] установлено, что данный закон определяет правовые основы государственной политики в области охраны окружающей среды, но определение этого понятия также не приведено.

С целью унификации методологических подходов исследования взаимодействия различных направлений политики, содержащих здравоохранительный компонент, нами предложено операциональное определение *государственной политики в области здравоохранения*[58], *которая рассматривается как составная часть внутренней политики, осуществляемая средствами правового регулирования социально-экономических и любых иных отношений в обществе для достижения цели полного обеспечения прав граждан на профилактику болезней, высококвалифицированную медицинскую помощь и восстановительное лечение.*

Что касается второй причины – отсутствия до настоящего времени законодательно закрепленной государственной политики в области здравоохранения – следует отметить необеспечение преемственности решений по ее разработке. В 1997 году в Программе «Евроздоровье» [210] было установлено, что в сложившихся условиях важное значение приобретает проведение единой государственной политики в области здравоохранения, повышение ответственности за реализацию государственных гарантий в сфере здравоохранения. Это положение Программы почти дословно было приведено в опубликованной в 1997 г. Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации [179], где в качестве важной меры указано на необходимость формирования государственной политики в области здравоохранения и медицинской науки, а также привлечения профессиональных медицинских ассоциаций к реализации государственной политики в области здравоохранения и медицинской науки. Однако в принятой в том же году Программе Правительства Российской Федерации «Структурная перестройка и экономический рост в 1997–2000 годах» [176] (раздел 7.8. «Реформирование здравоохранения») о государственной политике в здравоохранении не упоминалось.

Третья причина рассматриваемой проблемы – несогласованность нормативных правовых актов. В качестве примера проявления этой причины следует указать на несоответствие статьи 16 Федерального конституционного закона от 17 декабря 1997 г. № 2-КЗ «О Правительстве Российской Федерации» [295] статье 114 Конституции Российской Федерации, устанавливающей, что Правительство Российской

Федерации обеспечивает проведение в стране единой государственной политики в области здравоохранения. Конституционный закон не содержит упоминаний о конституционно закрепленном понятии государственной политики в области здравоохранения и сужает полномочия Правительства Российской Федерации в ее осуществлении до уровня принятия мер «по реализации прав граждан на охрану здоровья», а в отношении детей – до уровня «содействия решению проблем детства». Существует объективная необходимость приведения Федерального конституционного закона от 17 декабря 1997 г. № 2-КЗ «О Правительстве Российской Федерации» в соответствие с Конституцией Российской Федерации.

Подводя итог, можно отметить, что в Российской Федерации имеется необходимый объем правовых основ для разработки и реализации государственной политики в области здравоохранения. Отсутствие такой разработки частично компенсируется наличием ряда законодательно закрепленных «сегментарных» направлений государственной политики, в том числе обозначенных выше: государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных болезней, государственной политики в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации и др.

Учитывая сложившуюся реальную ситуацию, разрабатываемое направление государственной политики в области охраны здоровья детей после ее законодательного закрепления приобретет статус еще одного сегмента политики в области здравоохранения. Можно считать, что опережающее формирование ряда (множества) таких сегментов явится одним из пусковых механизмов последующего процесса создания интегральной государственной политики в области здравоохранения.

4.4. Охрана здоровья детей как предмет самостоятельного направления государственной политики

Результаты проведенной в 2002 г. Всероссийской диспансеризации детей показали продолжающуюся неблагоприятную динамику показателей состояния здоровья детского населения (удельный вес здоровых детей составил лишь 32,1 %) [52]. По итогам диспансеризации Министерством здравоохранения Российской Федерации и Российской академией медицинских наук была утверждена программа мер по улучшению состояния здоровья детей на период 2004–2010 гг. [209], в которой обеспечение прав ребенка на жизнь и здоровое развитие было зафиксировано в статусе предмета государственной политики. Анализ содержания программы позволяет отметить, что ко времени постановки задачи создания научно обоснованной концепции государственной политики в области охраны здоровья детей ее методологические аспекты были освоены еще недостаточно. В результате такие разделы программы, как разработка проекта закона об охране здоровья детей, а также обеспечение государственных гарантий детям[59], оказались вне предметного поля указанного направления государственной политики.

В последующем этот методологический недостаток был преодолен. В 2005 г. в решении коллегии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации [230] «реализация права ребенка на здоровый рост и развитие» зафиксирована в составе задач государственной политики в области охраны здоровья детей, к которым отнесены также:

– совершенствование межведомственного взаимодействия по вопросам охраны здоровья детей;

– эффективное использование ресурсов здравоохранения, образования, социальной защиты населения и других ведомств в целях охраны здоровья детей;

– приоритетность профилактической работы в комплексе мер по охране здоровья детей;

– обеспечение приоритетного финансирования государственных мер по охране здоровья детей, государственных гарантий бесплатной медицинской помощи детям и доступности оказания высокотехнологичных ее видов;

– создание условий для охраны здоровья детей в образовательных и интернатных учреждениях;

– совершенствование качества медицинской помощи детям и т. д.

В данном документе установлено «*считать охрану здоровья детей в Российской Федерации одним из направлений государственной политики*», что является вкладом в формирование ее статуса в качестве самостоятельного института.

Решение проблем детства средствами специального здравоохранительного направления государственной политики нашло отражение также в Программе социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2006–2008 годы), где прогнозируется, что меры по созданию эффективной системы охраны материнства и детства будут способствовать обеспечению *единой государственной политики в этой области* (пункт «д» раздела «Модернизация здравоохранения»)[60].

Таким образом, значение рассмотренной группы нормативных правовых актов заключается в актуализации задачи выработки государственной политики в области охраны здоровья детей как отдельного направления политики, а также в установлении необходимости использования научного метода для решения этой задачи.

4.5. Отражение проблем охраны здоровья детей в различных (не здравоохраненческих) системах государственной политики

В качестве институционального фактора формирования государственной политики в области охраны здоровья детей необходимо отметить выявленный феномен законодательного закрепления правовых механизмов, частично компенсирующих отсутствие в настоящее время данного направления государственной политики. В определенной мере этот процесс совпадает с развиваемой в Финляндии и некоторых других странах [347, 350, 351, 352, 353, 354] концепцией «здоровья во всех политиках» («Health in All Politics»), подразумевающей включение проблем охраны здоровья во все политические программы и стратегии.

В настоящее время в Российской Федерации осуществляется ряд направлений государственной политики, регулирующих сферы семейных отношений, образования, трудовых отношений и др., в той или иной мере охватывающих также вопросы охраны здоровья детей.

С целью исследования основных характеристик этого явления проведен анализ нормативных правовых актов, регулирующих различные сферы жизнедеятельности общества, что позволило установить следующее.

В «Основных направлениях *государственной семейной политики*», определенных Указом Президента Российской Федерации от 14 мая 1996 г. № 712 [265], закреплено право детей на бесплатную медицинскую помощь, а также предусмотрены меры, включающие:

– профилактику врожденной инвалидности, развитие медико-генетической помощи населению, совершенствование и внедрение перинатальных технологий для ранней диагностики плода, системы обязательного скринингового обследования беременных и новорожденных;

– улучшение медико-социальной помощи детям-инвалидам, включая квалифицированное восстановительное лечение, протезирование, санаторное лечение, реабилитационные мероприятия и т. д.;

– создание и внедрение программ обучения родителей основам реабилитации и воспитания детей с физическими и

умственными недостатками; развитие системы охраны репродуктивного здоровья семьи;

– укрепление службы планирования семьи; «высококачественное» санитарное просвещение по вопросам полового воспитания, безопасного материнства, профилактики заболеваний, передающихся половым путем;

– разработку и реализацию программы правового просвещения семьи, направленную на разъяснение права семьи и ее членов на государственную поддержку, в том числе в сфере здравоохранения;

– подготовку и переподготовку научных и преподавательских кадров, а также специалистов медицинского профиля.

Указом установлено считать кардинальное улучшение охраны здоровья семьи одним из главных направлений государственной семейной политики.

Таким образом, осуществление мер, относящихся преимущественно к компетенции здравоохранения, поддержано правовыми средствами государственной семейной политики.

Подобное взаимодействие сектора здравоохранения и других секторов, регулируемых методами государственной политики, зафиксировано и в ряде законов.

Так, в преамбуле Федерального закона от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» [296] определено, что закон устанавливает правовые основы *государственной политики в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и в области противодействия их незаконному обороту* (преамбула). В законе закреплено, что государственная политика в данной сфере «направлена на… постепенное сокращение числа больных наркоманией» (статья 4). Приоритетность мер по профилактике наркомании и государственная поддержка научных исследований в области разработки новых методов лечения наркомании установлены в качестве принципов данного направления государственной политики (статья 4).

Анализ Федеральной программы развития образования (далее по тексту – программа), утверждаемой законодательно [311] и являющейся организационной основой *государственной политики Российской Федерации в области образования*[61], позволяет отметить в этой программе синтез медико-организационных и педагогических мер, нацеленных:

– на разработку предложений по обеспечению прав пациента-ребенка;

– совершенствование организации учебного процесса в целях сохранения и укрепления здоровья обучающихся, нормализацию

учебной нагрузки, создание специальных условий для получения образования лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья и особенности развития;

– поддержку и развитие разнообразных форм оздоровительной работы в образовательных учреждениях различных типов и видов;

– разработку и реализацию системы мер охраны жизни и здоровья обучающихся;

– введение в действие нормативных правовых актов, касающихся повышения ответственности педагогических работников образовательных учреждений и родителей (законных представителей) за обучение, воспитание, охрану жизни и здоровья обучающихся;

– создание условий, обеспечивающих охрану жизни, сохранение и укрепление здоровья обучающихся, формирование их здорового образа жизни;

– создание условий для полноценного питания обучающихся;

– защиту обучающихся от игр и игрушек для детей, отрицательно влияющих на физическое и психическое здоровье и не отвечающих психолого-педагогическим, морально-этическим и санитарно-экологическим требованиям.

В качестве ожидаемого результата реализации программы указано создание здоровых и безопасных условий труда и учебы. В программе предусмотрены: разработка и осуществление системных мер по обеспечению здоровья обучающихся на основе оказания доступных оздоровительных и медицинских услуг, обеспечение охраны жизни и здоровья детей, повышение ответственности педагогических работников образовательных учреждений, родителей (законных представителей) за охрану жизни и здоровья детей.

В Законе Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266-1-ФЗ «Об образовании» [78] изложены принципы государственной политики в области образования, среди которых закреплен принцип приоритета «жизни и здоровья человека» (статья 2). Закон устанавливает создание в образовательном учреждении необходимых условий для работы подразделений организаций общественного питания и медицинских учреждений, контроль их работы в целях охраны и укрепления здоровья обучающихся, воспитанников и работников образовательного учреждения (статья 32). Законом предусмотрена ответственность образовательных учреждений за жизнь и здоровье обучающихся, воспитанников во время образовательного процесса (статья 32). Охрана здоровья детей обеспечивается экспертизой соответствия условий осуществления образовательного процесса,

предлагаемых образовательными учреждениями, государственным и местным требованиям в части строительных норм и правил, санитарных и гигиенических норм (статья 33). Установлено также (статья 51), что:

– образовательное учреждение создает условия, гарантирующие охрану и укрепление здоровья обучающихся, воспитанников;

– учебная нагрузка, режим занятий обучающихся, воспитанников определяются уставом образовательного учреждения на основе рекомендаций, согласованных с органами здравоохранения;

– для детей, нуждающихся в длительном лечении, организуются оздоровительные образовательные учреждения, в том числе санаторного типа (обеспечение указанных мероприятий является расходным обязательством субъекта Российской Федерации);

– медицинское обслуживание обучающихся, воспитанников образовательного учреждения обеспечивают органы здравоохранения; образовательное учреждение обязано предоставить помещение с соответствующими условиями для работы медицинских работников и т. д.

Приведенные данные свидетельствуют о широком охвате вопросов охраны здоровья детей в структуре реально действующей законодательно закрепленной государственной политики в области образования.

Государственная политика в области охраны труда (статья 210 Трудового кодекса Российской Федерации) [252] регулирует «обеспечение приоритета сохранения жизни и здоровья работников». В законе учитываются возрастные особенности несовершеннолетних работников в связи с характером трудовой деятельности, к занятию которой они могут быть допущены (статьи 63, 69, 70, 92, 94, 96, 99, 265, 266).

Таким образом, Трудовой кодекс в пределах своего правового поля взаимодействует с правовой сферой охраны здоровья детей и фактически придает ей статус предмета государственной политики.

В обобщенном виде результаты анализа отражения проблем охраны здоровья детей в исследованных направлениях государственной политики представлены в табл. 11, из которой следует, что вопросы профилактики болезней детского возраста зафиксированы во всех рассмотренных выше нормативных правовых актах. В двух актах установлено предоставление бесплатной медицинской помощи детям. Остальные учтенные признаки, характеризующие исследуемую проблему, отражают

специфику отношений, регулируемых соответствующими нормативными правовыми актами.

Анализ полученных данных показал, что включение отдельных аспектов охраны здоровья детей в предметное поле различных законодательно закрепленных направлений государственной политики характеризуется двумя разнонаправленными тенденциями.

Первая тенденция, положительная, заключается в том, что указанный синтез действительно частично компенсирует отсутствие специально сформированной научно обоснованной государственной политики, призванной обеспечивать права детей на охрану здоровья. При этом регулирование общественных отношений в сфере охраны здоровья детей средствами действующих направлений государственной политики свидетельствует о *свершившемся правовом закреплении ряда проблем детского здравоохранения в качестве реального предмета политики*. Данный факт имеет принципиальное значение, поскольку является методологической и практической основой для разработки и законодательного закрепления государственной политики в области охраны здоровья детей, способной не только интегрировать и обеспечить координацию уже «узаконенного» комплекса медицинских компонентов указанных выше направлений политики, но и существенно дополнить его путем вовлечения в сферу правового регулирования в интересах детей наиболее полного объема общественных отношений.

Таблица 11. Отражение вопросов охраны здоровья детей в различных сферах государственной политики

Наименование исследуемых признаков	Наименование направления государственной политики (см. примечание)			
	1	2	3	4
Профилактика болезней в детском возрасте	+	+	+	+
Обеспечение прав детей на отдых и оздоровление	+		+	
Бесплатная медицинская помощь детям.	+			
Бесплатные медицинские освидетельствования в связи с производственной деятельностью.				+
Защита прав детей-инвалидов.	+			
Правовое обеспечение охраны здоровья детей.	+			
Государственная поддержка научных исследований в области разработки новых методов лечения.		+		
Привлечение негосударственных организаций и граждан к борьбе с распространением болезней.		+		
Возрастная дифференциация прав детей в связи с обеспечением права на охрану здоровья и медицинскую помощь.		+		+
Установление ответственности лиц, работающих с детьми, за охрану жизни и здоровья детей.			+	

Примечание. Наименования направлений государственной политики в таблице приведены под следующими номерами:

1. Государственная семейная политика.
2. Государственная политика в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и в области противодействия их незаконному обороту.
3. Государственная политика в области образования.
4. Государственная политика в области охраны труда.

Пока этого не произошло, в России проявляется другая тенденция, заключающаяся в фрагментарном воздействии на сферу охраны здоровья детей нескольких регулирующих правовых субъектов. В результате, вне правового обеспечения остается разрешение целого ряда серьезных противоречий в функционировании системы «ребенок – общество», в том числе:

– несоответствие между декларированным правом каждого ребенка на охрану здоровья и тем, что реализация этого права не закреплена законодательно в качестве *ключевой цели национального развития в целом*, как это предусмотрено в пункте 3 Плана действий по осуществлению Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-е годы;

– отсутствие механизмов первоочередного решения вопросов обеспечения права детей на охрану здоровья в условиях различных видов кризисов и нестабильности (обострение экономических и иных проблем в обществе, вооруженные конфликты и т. п.);

– недостаточная эффективность воздействия на конкретные социально обусловленные детерминанты детского здоровья (насилие в отношении детей, эксплуатация детей, в том числе сексуальная эксплуатация, ухудшение состояния здоровья родителей, неполноценное питание в семьях, низкий уровень жизни семей с детьми и др.).

Сложившееся фрагментарное регулирование отношений в области охраны здоровья детей является причиной, поддерживающей статус системы охраны здоровья детей в качестве не активного регулирующего фактора, а пассивного управляемого объекта. В данной ситуации основные условия и причины нездоровья детей оказываются вне непосредственного контроля со стороны здравоохранения.

Основной вывод: в настоящее время в Российской Федерации имеется необходимый объем правовых оснований, представленных международными документами и национальными нормативными правовыми актами, для разработки и законодательного закрепления государственной политики в области охраны здоровья детей. Реализация такой разработки позволит предупредить неблагоприятный процесс дезинтеграции системы правового обеспечения охраны здоровья детей в Российской Федерации.

Глава 5
Научное обоснование структуры и содержания концепции государственной политики в области охраны здоровья детей

5.1. Основные параметры концепции государственной политики в области охраны здоровья детей

В рамках поставленной задачи понятие концепции определяется как «система взглядов на содержание, принципы и основные направления» исследуемой сферы государственной политики [93]. Это определение дополняется также тем, что концепция представляет собой изложение «общих, принципиальных подходов», формирование «общей стратегии и приоритетных направлений» политики с учетом реальной социально-экономической ситуации для «разрешения назревших проблем» в конкретной сфере общественных отношений [172, 266]. В. Ю. Зорин и Т. А. Хабриева (2003) отмечают, что концептуальный подход в осуществлении государственной политики позволяет «четко определить соответствующие ориентиры, порядок их использования» для достижения поставленной цели [85].

Таблица 12. Структура, содержание и другие элементы различных направлений государственной политики, установленные по результатам контент-анализа нормативных правовых актов

Наименование направления государственной политики	Исследуемые элементы государственной политики, зафиксированные в нормативном правовом акте	Наименование нормативного правового акта
Государственная политика в интересах детей.	Цели, принципы.	Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ.
Государственная семейная политика.	Дефиниция, проблемная ситуация, идеология, механизмы реализации, приоритеты, правовые основы, объект, субъекты, гарантии и др.	Указ Президента Российской Федерации от 14 мая 1996 г. № 712.
Политика в области охраны здоровья населения.	Основные направления.	Распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 августа 2000 г. № 1202-р.
Социально-экономическая политика.	Использование результатов прогнозирования, преемственность.	Федеральный закон от 20 июля 1995 г. № 115-ФЗ.
Государственная политика в области здорового питания.	Определение, цели, задачи, принципы, основные направления, механизмы реализации, план мероприятий для реализации Концепции.	Постановление Правительства Российской Федерации от 10 августа 1998 г. № 917.
Политика в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ...	Принципы, научная поддержка.	Федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ.
Государственная политика в области охраны труда.	Основные направления.	Трудовой кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. № 197-ФЗ.
Государственная научно-техническая политика.	Определение, основные цели и принципы, порядок формирования.	Федеральный закон от 23 августа 1996 г. № 127-ФЗ.
Политика в сфере формирования информационных ресурсов.	Основные направления.	Федеральный закон от 20 февраля 1995 г. № 24-ФЗ.
Национальная политика Российской Федерации.	Определение, принципы, задачи, основные направления, механизмы реализации, научный анализ и прогноз, взаимодействие с другими направлениями политики и т.д.	Указ Президента Российской Федерации от 15 июня 1996 г. № 909.

При решении методологических вопросов разработки структуры и содержания концепции государственной политики в области охраны здоровья детей было принято во внимание, что:

– во- первых, каких-либо стандартов подобных разработок не существует;

– во-вторых, основные структурные элементы различных действующих направлений государственной политики относительно однородны;

– в-третьих, наиболее полные данные, характеризующие структуру, объем и другие параметры указанных структурных элементов[62], могут быть получены на основе изучения определенного числа нормативных правовых актов, регулирующих отдельные направления государственной политики.

Результаты предварительного анализа десяти нормативных

правовых актов (табл. 12), в которых закреплены направления государственной политики, имеющие непосредственное или опосредованное отношение к сфере охраны здоровья детей, это предположение подтвердили. Такие элементы политики, как принципы, цели, задачи отражены в большинстве актов. Наибольший объем изучаемых признаков (43 признака) зафиксирован в тексте «Основных направлений государственной семейной политики» [265], в котором представлена дефиниция данного направления политики, сформулирована проблемная ситуация, используется понятие идеологии политики, определены механизмы реализации политики, приоритеты, и т. д.

С учетом полученных предварительных результатов, проведен анализ 126 источников информации по вопросам государственной политики в различных областях жизнедеятельности общества (отечественные нормативные правовые акты, международные документы). Необходимое и достаточное число указанных источников определялось в процессе исследования, при этом ориентиром служил так называемый «пороговый» объем искомых признаков, по достижении которого признаки, выявляемые в новых источниках, начинают устойчиво повторять уже выявленные.

Анализ содержания определенных таким образом и включенных в разработку 58 признаков, идентифицированных в качестве структурных элементов концепции государственной политики в области охраны здоровья детей, позволил большую их часть классифицировать на три группы:

1) базовые (отражающие специфические особенности данного направления государственной политики и не изменяющиеся в период ее реализации);

2) функциональные (также отражающие специфику исследуемого направления политики и предназначенные в силу своей способности к изменению для адаптации политики к существующим реальностям в интересах достижения требуемого результата);

3) динамичные (универсальные, не обладающие специфическими признаками конкретного направления государственной политики, способные к оперативному реагированию на изменение ситуации, в условиях которой политика реализуется).

Ряд выделенных признаков не был классифицирован. К этому ряду отнесены такие достойные специального научного рассмотрения признаки государственной политики, как ее моральные основы, социально-экономические и другие условия, в которых осуществляется исследуемая сфера политики и др.

Полученные и систематизированные таким образом данные использованы для обоснования структуры и содержания концепции государственной политики в области охраны здоровья детей (приложение 1).

В качестве объекта государственной политики в области охраны здоровья детей определен каждый ребенок. Это положение соответствует нормам Конвенции о правах ребенка, устанавливающим, что каждый ребенок имеет право на жизнь (статья 6) и ни один ребенок не может быть лишен своего права на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения (статья 24).

В процессе изложения мы опирались на определения понятий здоровья ребенка и охраны здоровья детей, научное обоснование которых представлено в соответствующих разделах исследования.

5.2. Базовые элементы концепции государственной политики в области охраны здоровья детей

Согласно принятой методологии идентификации изучаемых признаков, к группе базовых элементов отнесены:

– идеология государственной политики в области охраны здоровья детей;

– принципы государственной политики в области охраны здоровья детей;

– субъекты государственной политики в области охраны здоровья детей.

Назначение этих элементов заключается в закреплении в них специфических особенностей данного направления государственной политики и придании ей тех качеств, которые необходимы для установления и поддержания верховного положения мер в интересах детей в системе общегосударственных задач, как это зафиксировано во Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей: «улучшение здоровья… детей является первостепенной обязанностью, а также задачей, решение которой теперь стало возможно» [33].

Таблица 13. Типология положений Конвенции о правах ребенка, отражающих максимальные требования (максимы) к осуществлению государствами-участниками установленных в ней норм по обеспечению прав ребенка

Наименование изучаемых признаков	Статьи Конвенции
1. Максимы времени принятия мер в интересах детей.	
Незамедлительное («незамедлительный доступ ребенка к правовой и другой помощи», «незамедлительное информирование ребенка»).	37; 40
Безотлагательное («безотлагательное принятие решения»).	37; 40
Первоочередное («...первоочередное внимание наилучшему обеспечению интересов ребенка», «...первоочередное внимание развитию первичной медико-санитарной помощи»).	3, 24
«Скорейшее восстановление индивидуальности ребенка».	8
2. Максимы объема принимаемых мер в интересах детей.	
«Все возможные усилия».	18
«Все вопросы, затрагивающие ребенка».	12
«Все действия в отношении детей».	3
«Все дети».	24; 28
«Все меры».	2; 3; 4; 18; 19; 21; 27; 28; 33; 34; 35; 38; 39
«Все необходимые средства».	28
«Все права и свободы».	преамбула; 2
«Все члены и слои общества».	преамбула; 24
«Все условия».	25
Любое («любые меры», «любые соображения» и т.п.).	9; 10; 12; 13; 19; 22; 24; 26; 32; 35; 36; 37; 38; 39; 40; 41
«Наиболее полное», «наиболее совершенное» и т.п.	23; 24
Полное («полное соблюдение прав», «полное осуществление» и т.д.).	преамбула, 23; 24; 26; 29; 40; 44
Максимальное («...меры в максимальных рамках имеющихся ресурсов»).	4; 6
3. Максимы, относящиеся к устранению условий и факторов, ущемляющих права детей.	
«Все формы дискриминации».	2
«Все формы насилия, оскорбления и злоупотребления».	19
«Все формы эксплуатации».	34; 36
4. Максимы, отражающие отношение к конкретному ребенку.	
«Все элементы индивидуальности ребенка».	8
«Каждый ребенок».	1; 2; 6; 26; 27; 28; 37; 40
«Наилучшее обеспечение интересов ребенка».	3
«Наилучшие интересы ребенка».	9; 18; 20; 21; 37; 40
Ни один ребенок («...чтобы ни один ребенок не был лишен своего права»).	16; 24; 37; 40
5. Максимы значения мер, осуществляемых в интересах детей.	
Особое («особая защита», «особая забота»).	20; 23
Первостепенное («...чтобы наилучшие интересы ребенка учитывались в первостепенном порядке»).	21

Базовые элементы государственной политики в области

охраны здоровья детей закрепляются законодательно[63].

5.2.1. Идеология государственной политики

В Основных направлениях государственной семейной политики, утвержденных Указом Президента Российской Федерации от 14 мая 1996 г. № 712 [265], отмечается «потребность в определении идеологии» данной сферы политики, но содержание этого понятия не раскрыто. В Приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации и Российской академии медицинских наук от 26 января 2000 г. № 31/8 «О проведении совещания по подготовке предложений к проекту Основных направлений государственной политики в развитии здравоохранения Российской Федерации в 2000–2010 годах» [205] понятие идеологии (без определения ее содержания) отнесено к «основным терминам», которые должны быть использованы при обсуждении указанного проекта, при этом, в предложенном для обсуждения «перечне проблемных вопросов», понятие идеологии рассмотрено в единстве с понятием ценности: «идеология и ценности здравоохранения».

Таким образом, решаемая нами задача определения понятия идеологии государственной политики в области охраны здоровья детей имеет не только частнонаучное, но и более общее методологическое значение.

Идеология первична по отношению ко всем другим исследуемым элементам политики и содержит мощный аксиологический потенциал, необходимый для любого вида деятельности в интересах детей. В данном случае идеология есть выражение отношения общества к детям как «абсолютной ценности» [158]. Результаты анализа Конвенции о правах ребенка, проведенного нами с целью обоснования понятия идеологии государственной политики в области охраны здоровья детей, позволили представить типологию тех положений этого документа, в которых зафиксированы максимальные требования (*максимы*) в отношении осуществления государством прав ребенка. Рассматриваемые максимы классифицированы на пять групп: 1) максимы времени, 2) максимы объема принимаемых мер в интересах детей, 3) максимы, относящиеся к устранению условий и факторов, ущемляющих права детей, 4) максимы, отражающие отношение к конкретному ребенку, 5) максимы значения, придаваемого государством реализации прав ребенка (табл. 13).

В контексте Конвенции о правах ребенка идеология государственной политики в области охраны здоровья детей

фиксирует максимальное ценностное отношение общества к детям, что обеспечивается постановкой «задачи развития способностей ребенка в их *самом полном* объеме» (статья 29), приложением для этого «*всех* возможных усилий» (статья 18), принятием «*любых* эффективных мер» (статья 24) и использованием «*всех* необходимых средств» (статья 28). Меры по обеспечению прав детей должны быть: «безотлагательными» (статьи 37 и 40), «незамедлительными» (статьи 37 и 40), «первоочередными» (статьи 3 и 24) и «первостепенными» (статья 21). Государство обязано: осуществлять «*наилучшее* обеспечение интересов ребенка» (статья 3), учитывать «*наилучшие* интересы ребенка» (статьи 9, 18, 20, 21 и др.) и защищать «*любой* аспект благосостояния ребенка» (статья 36), воспринимаемого как *неповторимая* индивидуальность (статья 8).

Сущность идеологии государственной политики в области охраны здоровья детей, описываемая в категориях максимального, раскрывается не только экстенсивно (наиболее полным объемом осуществления соответствующих мер в интересах детства), но и интенсивно – ориентацией на удовлетворение потребностей каждого ребенка, ибо «*каждый* ребенок имеет неотъемлемое право на жизнь» (статья 6), и «*ни один ребенок*» не может быть лишен своего права на пользование наиболее совершенными услугами здравоохранения (статья 24). При этом, государство обязано «добиваться *полного* осуществления данного права» (статья 24) «в *максимальных* рамках имеющихся у них ресурсов» (статья 4).

Указанные нормы Конвенции, наряду с требованием обеспечить ребенку «особую защиту» и «особую заботу» (статьи 20 и 23), отражают биосоциальные особенности детского периода онтогенеза, когда успешное формирование функций организма ребенка в определяющей степени зависит от условий и факторов внешней среды.

Идеология не оторвана от реальной жизни общества и не ставит неосуществимые в принципе или в настоящее время задачи. Идеология устанавливает то максимальное по объему, времени осуществления и другим параметрам значение государственных мер по охране здоровья детей, которое отражает современные достижения развития науки и уровень общественного развития.

Таким образом, рассматривая понятие идеологии в системе категорий, отражающих ценностное отношение к детству, в настоящем исследовании в качестве операционального определения можно принять, что *идеология государственной политики в области охраны здоровья детей есть синтез*

максимальных значений моральной и правовой практики в интересах охраны здоровья детей.

Все остальные компоненты государственной политики в области охраны здоровья детей методологически правильно рассматривать как производные ее идеологии.

5.2.2. Принципы государственной политики

Принципы являются одним из основных элементов в структуре концепций различных отраслей политики, в том числе государственной молодежной политики [128], государственной политики в области здорового питания населения [181], государственной политики в области предупреждения туберкулеза [312] и др., и определяются как «основополагающие правила деятельности органов, институтов, людей» [44, с. 71]. В качестве элемента государственной политики в области охраны здоровья детей принципы противостоят основным противоречиям в системе «здоровье ребенка – общество» и тем самым выполняют важнейшую задачу, а именно – «снимают» декларативность гарантий обеспечения прав детей, в том числе, детей-пациентов, характерную для действующего законодательства (А. Н. Пищита, 2006) [134]. Принципы закрепляют в национальном законодательстве общую направленность Конвенции о правах ребенка, заключающуюся в том, что ребенок не только обладает фундаментальными правами и свободами человека, но и является «реципиентом специальной защиты» (M. S. Pais, 1992) [349]. Соответственно, принципы государственной политики в области охраны здоровья детей представляют собой не просто «основополагающие правила» поведения общества в отношении детей, но устанавливают порядок отношений, который не может быть изменен ни при каких условиях. Таким образом, в данном исследовании *принцип – это исходная норма, жесткий ориентир, фиксирующий непрерывность и устойчивость вектора регулирования общественных отношений в целях обеспечения прав детей на охрану здоровья*.

Принципы можно рассматривать в качестве критерия, который отличает государственную политику как деятельность в сфере охраны здоровья детей от управленческого процесса в этой сфере (см. раздел 2.1.). Государственная политика осуществляет регулятивный процесс в рамках единственного законодательно закрепленного варианта достижения цели, исключающего отход от требования максимального обеспечения прав каждого ребенка на охрану здоровья.

Анализ нормативных правовых актов и научных публикаций,

включенных в разработку, показал, что число принципов как элементов политики варьирует, но их структура относительно однородна и отражает содержание регулируемых отношений в обществе.

Так, в составе правовой политики государства выделяют десять принципов (Н. И. Матузов, 1997) [111]: социальная обусловленность, научная обоснованность, устойчивость и предсказуемость, легитимность, гуманность и нравственность, справедливость, гласность, сочетание интересов личности и государства, приоритетность прав человека, соответствие международным стандартам.

В Федеральном законе «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» [312], регулирующем государственную политику в данной области, определены три ее принципа: законность; соблюдение прав человека и гражданина; общедоступность в объемах, предусмотренных Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (статья 7).

Н. Ф. Герасименко (2003) считает, что законодательство об охране здоровья населения должно базироваться на четырех принципах: 1) защита прав человека в сфере охраны здоровья и обеспечение, связанных с этими правами, государственных гарантий; 2) приоритет профилактических мер в сфере охраны здоровья граждан; 3) доступность медико-социальной помощи; 4) ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций, независимо от формы собственности, а также должностных лиц за обеспечение конституционных прав граждан в сфере охраны здоровья [36].

Представленные в предыдущих разделах исследования результаты анализа противоречий в системе «здоровье ребенка – общество» позволили нам выделить и обосновать десять принципов государственной политики в области охраны здоровья детей. Предлагаемая фиксированная нумерация принципов отражает их фундаментальное значение в системе охраны здоровья детей. Последовательность принципов не является формой закрепления их иерархии. Ни один принцип не обладает преимуществами или большей правовой силой по отношению к другим.

Первый принцип устанавливает, что *государство гарантирует обеспечение права каждого ребенка на охрану здоровья, включая социально-правовые и медицинские меры профилактики, и принимает с этой целью все необходимые законодательные и административные меры*. Реализация данного принципа отражает положения статей 38 и 72 Конституции

Российской Федерации, где определено, что детство находится под защитой государства, а также статей 4, 6, 24, 25 Конвенции о правах ребенка, устанавливающих необходимость принятия законодательных, административных и других мер для обеспечения прав детей на жизнь, выживание и здоровое развитие, на профилактику болезней, беспрепятственное пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения, а также современными, эффективными, высокотехнологичными средствами и видами лечения болезней и восстановления здоровья.

Реализация указанного принципа охватывает широкий спектр конкретных мер, включающих, по рекомендации Комитета по правам ребенка [60], не только гарантированное обеспечение этих прав, но и создание условий, способствующих в максимально возможной степени их реализации. Соответственно, зафиксированное в Конвенции понятие развития ребенка рассматривается в непосредственной связи с признанием права каждого ребенка на уровень жизни, необходимый для физического, умственного, духовного, нравственного и социального развития (статья 27 Конвенции), а также в связи с нормами статьи 32 Конвенции, устанавливающими права ребенка на защиту от экономической эксплуатации и от выполнения любой работы, которая может представлять опасность для его здоровья или служить препятствием в получении им образования, либо наносить ущерб его здоровью и развитию.

Конвенция устанавливает обязанность государства обеспечивать права *каждого* ребенка, поэтому данный принцип подразумевает, что государство проводит *единую* государственную политику в области охраны здоровья детей на всей территории Российской Федерации. Таким образом, эта норма является не только универсальной мерой защиты прав детей, но и специальным правовым инструментом в отношении реализации прав значительной части детского населения, проживающего в отдаленных и труднодоступных регионах (дети Севера, дети коренных национальностей и малочисленных народов), в частности, при решении вопросов материально-технического и иного обеспечения учреждений детского здравоохранения. Правовой основой установления данного принципа является статья 114 Конституции Российской Федерации, в которой закреплено проведение в Российской Федерации единой государственной политики в области здравоохранения. Эта норма Конституции РФ получила развитие в Постановлении Правительства Российской Федерации от 5 ноября 1997 г. № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию

здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» [179], где указано, что реализация единой государственной политики в области здравоохранения предусматривает его развитие с учетом региональных особенностей.

Данный принцип государственной политики содержит в себе значительный моральный компонент, описываемый в категориях равенства (недискриминации) и справедливости. Эта закономерность находит свое развитие в том, что «справедливость идет за равенством доступа к службам здравоохранения и должна способствовать балансу, при котором система здравоохранения будет не только эффективной, но и справедливой» (R. H. Morrow, J. H. Bryant, 1995) [348].

Второй принцип – *государство гарантирует каждому ребенку бесплатное предоставление услуг по охране здоровья* – развивает положения предыдущего и соответствует нормам статьи 24 Конвенции о правах ребенка, устанавливающей беспрепятственный доступ каждого ребенка к наиболее совершенным услугам системы здравоохранения. Реализацией данного принципа государство признает зависимость состояния здоровья ребенка от условий и факторов социальной среды и делает шаг в направлении осуществления рекомендации ВОЗ, адресованной «странам всего мира», в соответствии с которой «следует отказаться от взимания платы с пользователей» [57, с. XVII]. Установление такого принципа потребует признания существования социального неравенства в доступе детей к ресурсам здравоохранения, как это уже сделало правительство Великобритании [195]. Необходимость гарантированного предоставления каждому ребенку бесплатных услуг по охране здоровья отражает реальные проблемы детства в России, в т. ч. социальное расслоение семей с детьми, в результате которого в условиях нарастающей коммерциализации медицины[64] дети из бедных семей утрачивают возможность получения, в случае необходимости, дорогостоящих видов помощи. Результаты специальных исследований свидетельствуют о «закономерном ухудшении состояния здоровья и физического развития» детей в «худшей социальной среде» [50, с. 51]. Данный принцип учитывает периодически нарастающие тенденции нисходящей социальной миграции значительных групп населения в периоды обострения социально-экономических и других кризисов, результатом чего является утрата многими семьями возможности обеспечивать своих детей высококачественными медицинскими услугами, предоставляемыми за плату. Крайней формой маргинализации является появление и расширение «социального дна», охватывающего около 10 % населения, среди которого

около 1,3 млн беспризорных и безнадзорных детей (2003 г.) [232].

В нормативных правовых актах право ребенка на бесплатное предоставление медицинских услуг обеспечено не безупречно. В статье 41 Конституции Российской Федерации установлено, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Такая формулировка формально дифференцирует понятия «охрана здоровья» и «медицинская помощь», тем более, что далее в этой же статье установлено, что «медицинская помощь»[65] в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

Неопределенность соотношения понятий «охрана здоровья» и «медицинская помощь» сохраняется в Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487–1 [129], где охрана здоровья рассматривается как сохранение и укрепление здоровья и предоставление медицинской помощи в случае утраты здоровья (статья 1). Таким образом, медицинская помощь есть компонент охраны здоровья и оказывается гражданам бесплатно. Логичный вывод: ребенок имеет право на бесплатную медицинскую помощь в случае утраты здоровья, но такое право не закреплено законодательно в отношении проведения профилактических мероприятий, являющихся основой педиатрической деятельности[66], ибо «педиатрия – специальность профилактическая» (А. А. Баранов, 1999) [4].

Что касается обозначенной в статье 5 указанного закона программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающей в себя базовую программу обязательного медицинского страхования, то само наличие такой программы и ее действие в отношении детей свидетельствует о признании и законодательном закреплении ограничений в предоставлении бесплатных медицинских услуг детям.

Приведенные факты актуализируют в рамках настоящего принципа государственной политики в области охраны здоровья детей законодательное закрепление права каждого ребенка на бесплатное получение не только медицинской помощи, но и всего комплекса мер по охране здоровья.

В целом, рассмотренные противоречия являются основанием для постановки задачи законодательного закрепления принципа недискриминации ребенка в осуществлении его права на охрану здоровья. Решение этого вопроса предусмотрено в рамках

следующего, третьего принципа государственной политики в области охраны здоровья детей.

Третий принцип – *не допускается дискриминация ребенка по любому обстоятельству*[67] *в обеспечении его права на охрану здоровья*. Правовой основой данного принципа являются статьи 2 и 6 Конвенции о правах ребенка. В статье 6 установлено, что каждый ребенок имеет неотъемлемое право на жизнь, и государства-участники обеспечивают в максимально возможной степени выживание и здоровое развитие ребенка. Ph. Alston (1992) подчеркивает, что понятие «каждый ребенок» является ключевым в содержании понятия недискриминации [336]. В статье 2 Конвенции о правах ребенка обозначены наиболее часто встречающиеся обстоятельства дискриминации, среди которых «состояние здоровья» ребенка. На основании анализа Конвенции о правах ребенка и документов Комитета по правам ребенка [60] нами составлен свод обстоятельств дискриминации, а также рекомендуемых мер, необходимых для предотвращения дискриминации и борьбы с ней (табл. 14).

Таблица 14. Обстоятельства дискриминации детей и меры, которые должны быть приняты для обеспечения прав ребенка на охрану здоровья (по результатам анализа Конвенции о правах ребенка и документов Комитета по правам ребенка)

Наименование изучаемых признаков
1. Обстоятельства дискриминации.
Раса.
Цвет кожи.
Пол.
Язык.
Религия.
Политические или иные убеждения.
Национальное происхождение.
Этническое происхождение.
Социальное происхождение.
Имущественное положение.
Инвалидность.
Состояние здоровья ребенка.
Признаки, связанные с рождением или другим положением ребенка, его родителей или законных опекунов.
Любые другие признаки.
2. Меры, необходимые для предотвращения дискриминации и борьбы с ней.
Сокращение экономических и социальных различий между семьями и детьми, принадлежащими к разным слоям общества.
Сокращение географических различий в обеспеченности и доступе к услугам медицинской помощи, включая различия между сельскими и городскими районами.
Предотвращение дискриминации наиболее уязвимых групп детей, включая детей, принадлежащих к общинам меньшинств или коренных народов, детей-инвалидов, внебрачных детей, детей, являющихся неграждданами, мигрантами, перемещенными лицами, беженцами или лицами, просящими убежища, а также детей, проживающих и/или работающих на улицах.
Ликвидация дискриминации в отношении девочек.
Сбор и анализ адекватной информации, необходимой для принятия законодательных и административных решений.

Такими мерами являются: сокращение экономических и социальных различий между семьями с детьми, принадлежащими к разным слоям общества; сокращение географических различий в обеспеченности и доступе к услугам медицинской помощи, включая различия между сельскими и городскими районами; предотвращение дискриминации наиболее уязвимых групп детей и др.

В условиях современной России принцип недискриминации детей приобрел особую значимость, в частности, в связи с неблагоприятными последствиями принятия «закона № 122» [315], поставившего обеспечение прав детей в регионах в зависимость от финансовых возможностей местных органов власти. Следует подчеркнуть, что присоединение Российской Федерации к Конвенции о правах ребенка зафиксировало ответственность именно федеральных органов власти за осуществление обязательств по обеспечению прав детей.

Принятием «закона № 122» такая ответственность фактически устранена. В результате, как отмечают Н. Ф. Герасименко и О. Ю. Александрова [39, с. 21], в настоящее время «за федеральными органами государственной власти не осталось полномочий по реализации прав несовершеннолетних. Вся ответственность за реализацию прав несовершеннолетних ложится на субъект РФ и зависит от наличия денег в бюджете этого субъекта». Таким образом, принятием этого закона нарушены положения Конвенции о правах ребенка, касающиеся недискриминации (статья 2), наилучшего обеспечения интересов ребенка (статья 3), законодательного обеспечения прав детей (статья 4) и др.

Таблица 15. Некоторые меры и ситуации, связанные с осуществлением принципа наилучшего обеспечения интересов ребенка (по результатам анализа документа Комитета по правам ребенка CRC/C/58 от 20 ноября 1996 г. [60])

Наименование изучаемых признаков
1. Меры, необходимые для осуществления принципа наилучшего обеспечения интересов детей.
Первоочередной учет принципа наилучшего обеспечения интересов ребенка органами законодательной и исполнительной власти на всех уровнях при осуществлении всех мер, затрагивающих интересы детей.
Первоочередной учет принципа наилучшего обеспечения интересов ребенка при выделении бюджетных ассигнований, в том числе на уровне федерации, ее субъектов и на местном уровне.
Первоочередной учет принципа наилучшего обеспечения интересов ребенка при разработке политики планирования и развития.
Установление норм в области безопасности и здравоохранения, а также с точки зрения численности и пригодности персонала, компетентного надзора для всех государственных и частных учреждений, служб и органов, ответственных за заботу о детях и их защиту.
Осуществление принципа наилучшего обеспечения интересов ребенка в ходе профессиональной подготовки сотрудников, занимающихся вопросами прав детей.
2. Некоторые ситуации, требующие осуществления принципа наилучшего обеспечения интересов конкретного ребенка.
При усыновлении.
При осуществлении процедур, применяемых к ребенку-мигранту, ребенку, просящему убежища и ребенку-беженцу.
При помещении ребенка в учреждение по уходу за ним.

На дискриминационный характер этого закона по отношению к детям, многие из которых проживают в экономически депрессивных регионах страны[68], указал Комитет по правам ребенка (2005 г.), отметив необходимость принятия эффективных мер «с целью недопущения неравенства в отношении осуществления и защиты прав детей», возникающего «в контексте децентрализации, предусмотренной Федеральным законом № 122» [67]. В качестве одной из таких мер, рекомендуемых Комитетом по правам ребенка, предлагается законодательно

закрепить следующий, четвертый, принцип государственной политики в области охраны здоровья детей.

Четвертый принцип предусматривает, что *в Российской Федерации не принимаются нормативные правовые акты, ущемляющие права детей на охрану здоровья, и не осуществляется политика, игнорирующая права детей на охрану здоровья*.

Правовой основой этого принципа является статья 3 Конвенции о правах ребенка, в которой установлено, что во всех действиях в отношении детей, независимо от того, предпринимаются они государственными или частными учреждениями, занимающимися вопросами социального обеспечения, судами, административными или законодательными органами, первоочередное внимание уделяется наилучшему обеспечению интересов ребенка. Для реализации этого принципа необходимо осуществление целенаправленной экспертизы всех законопроектов, управленческих решений и программ, что позволит прогнозировать возможные неблагоприятные медико-социальные последствия их реализации в отношении детей. Конкретные меры по решению данной задачи изложены в разделе 5.3.2. настоящего исследования.

Пятый принцип устанавливает, что *наилучшее обеспечение прав детей на охрану здоровья является важнейшим целевым ориентиром при выработке и осуществлении социально-экономической политики государства; выявленные или прогнозируемые неблагоприятные изменения в состоянии здоровья детей в соответствующих случаях являются основанием для принятия адекватных законодательных и административных мер в интересах детства*.

Наилучшее обеспечение интересов детей, зафиксированное в качестве одного из «общих принципов»[69] Конвенции о правах ребенка, является правовым инструментом регулирования отношений сферы здравоохранения с другими сферами государственной политики, в частности, при выделении бюджетных ассигнований на федеральном и региональном уровне и т. д. (табл. 15). Указанный принцип осуществляется при принятии законодательных и иных решений, касающихся всех детей, а также в отношении каждого ребенка.

Суть противоречий, на преодоление и предупреждение которых направлен данный принцип государственной политики в области охраны здоровья детей, заключается, в частности, в том, что в настоящее время решение проблем детства не включено в установленную в статье 4 Федерального закона от 20 июля 1995 г. № 115-ФЗ «О государственном прогнозировании и

программах социально-экономического развития Российской Федерации» [283] систему целевых ориентиров социально-экономического развития государства и, по этому признаку, находится вне «планируемых государством эффективных путей и средств достижения указанных ориентиров». Предлагаемые меры для устранения этого противоречия изложены в разделе 5.3.2.

Шестой принцип устанавливает, что *обеспечение доступности и высокого качества медицинской помощи детям является приоритетным в деятельности органов государственной власти и местного самоуправления*.

Комитет по правам ребенка выделяет такие приоритеты на «национальном, региональном и местном уровнях и в соответствующих случаях на уровне федерации и ее субъектов» [60], что соответствует структуре органов государственной власти и местного самоуправления в Российской Федерации (статьи 11 и 12 Конституции Российской Федерации). Содержание указанного принципа отражает точку зрения, изложенную в документах ВОЗ, о том, что эффективная политика здравоохранения требует учета местных обстоятельств – экологических, социальных, демографических, экономических и политических [345], которые находятся в компетенции местных органов власти.

Для осуществления данного принципа необходимо определить наиболее полный свод субъектов государственной политики в области охраны здоровья детей.

Анализ Конвенции о правах ребенка, проведенный в качестве предварительного этапа решения этой задачи, показал, что в данном документе международного права число таких субъектов составляет 20. Группировка субъектов государственной политики (в тех формулировках, в каких они зафиксированы в Конвенции о правах ребенка) по отношению к ребенку позволила составить типологию, представленную в табл. 16.

Приведенные данные не исчерпывают всего объема субъектов государственной политики в области охраны здоровья детей и могут быть дополнены на основе проведения специального исследования возможно большего объема источников информации.

Представленная классификация имеет не только методологическое, но и практическое значение, поскольку может служить ориентиром для оценки степени полноты мобилизации органами государственной власти и местного самоуправления различных ресурсов общества с целью приоритетного решения проблем детства.

Седьмой принцип – *государство обеспечивает развитие*

первичной педиатрической медико-санитарной помощи. Правовой основой данного принципа является положение Конвенции о правах ребенка (статья 24), предусматривающее оказание медицинской помощи детям в системе первичной медико-санитарной помощи, включающей развитие первичной педиатрической помощи. В международной практике программы охраны здоровья детей нередко составляют основное содержание внедрения первичной медико-санитарной помощи [359]. Установление данного принципа в России связано с необходимостью сохранения и развития существующей системы охраны здоровья детей. В 2002 г. реформирование амбулаторно-поликлинической помощи детям приобрело направление, получившее резкую критическую оценку педиатров. По заключению А. А. Баранова (2003) [6], Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 350 от 20 ноября 2002 г. «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации» [215], устанавливающий систему оказания первичной медицинской помощи врачом общей практики (семейным врачом) всем пациентам независимо от пола и возраста, был «принят без прогностической оценки его негативного действия на охрану здоровья детей». Возникла угроза фактической ликвидации существующей системы первичной медицинской помощи детям врачом-педиатром, на которую указывал также И. М. Воронцов (1999) [31]. В настоящее время приложение «Положение об организации деятельности врача общей практики» к данному Приказу утратило силу [216], педиатрическая служба функционирует на основе накопленного ранее опыта.

Таблица 16. Субъекты государственной политики в области охраны здоровья детей, определенные в Конвенции о правах ребенка

Содержание изучаемого признака	Статьи Конвенции о правах ребенка
1. Органы власти.	
Законодательные органы.	3
Административные органы.	3
Судебные органы.	40
Компетентные власти.	3, 9, 21, 22, 25, 37, 40, 45
2. Государственные органы и учреждения.	
Службы, ответственные за заботу, защиту детей, уход за детьми.	3, 18
Государственные учреждения, занимающиеся вопросами социального обеспечения.	3
Органы, имеющие отношение к детям.	3, 40
Система здравоохранения.	24
Учебные заведения.	28, 29
Межправительственные организации.	22
3. Окружение ребенка.	
Семья.	2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 29, 40
Опекуны.	2, 3, 5, 14, 18, 19, 21, 40
Лица, заботящиеся о ребенке.	3, 5, 19, 23, 26, 27
Лица, связанные с устройством ребенка.	21
Лица, сопровождающие ребенка-беженца.	22
Законные представители ребенка.	12
Другие лица.	13, 21
Община.	5
4. Другие субъекты.	
Частные учреждения, занимающиеся вопросами социального обеспечения.	3
Неправительственные организации.	22

Восьмой принцип – *государство обеспечивает ребенку-пациенту, способному сформулировать свои собственные взгляды, право свободно выражать эти взгляды по всем затрагивающим его вопросам, причем взглядам ребенка уделяется должное внимание в соответствии с его возрастом и зрелостью*. Данный принцип является конкретным выражением одного из «общих принципов» Конвенции о правах ребенка, а именно – принципа уважения взглядов ребенка (статья 12). Реализация этого принципа в федеральном законодательстве, применительно к обеспечению прав ребенка-пациента, отражена недостаточно и нуждается в специальном более глубоком научном обосновании на междисциплинарном уровне. Одной из форм его реализации является обеспечение права ребенка принимать информированное согласие на медицинское вмешательство, как это установлено в статьях 30, 32, 33 Основ законодательства

Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487–1 [129]. Этот принцип осуществляется с учетом не только индивидуальных качеств ребенка, но и особенностей самой ситуации, принимая во внимание, что способность принимать информированное решение может нарушаться когда ребенок испытывает боль и страх [358].

Девятый принцип – *государство реализует научно обоснованную политику в области охраны здоровья детей* — до настоящего времени не закреплен в федеральных правовых актах. Актуальность этого принципа вытекает, в частности, из положений, содержащихся в Послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию РФ (2002), где поставлены задачи наиболее полного использования на практике достижений научно-технического прогресса, выработки надлежащих форм государственной поддержки новых технологий [146].

Десятый принцип – *государство гарантирует полное осуществление права каждого ребенка на охрану здоровья в соответствии с настоящими принципами, как в благоприятных условиях общественного развития, так и в условиях нестабильности (колебания экономики, обострение экологических проблем, социальные, военные и иные конфликты и т. п.)*. Данный подход соответствует положениям международных соглашений, устанавливающих обязанность государства принимать меры для обеспечения в полном объеме права детей на охрану здоровья, в том числе «в периоды жесткой экономии и структурной перестройки» [135]. Таким образом, жесткость принципа, защищающего права ребенка в обществе, должна превосходить «жесткость экономии».

Руководитель группы разработчиков проекта Конвенции о правах ребенка Adam Lopatka (Польша) выделяет такие неблагоприятные для детей условия общественного развития, как «неадекватная социальная ситуация», «вооруженные конфликты», «эксплуатация», «голод» и др. [344]. С целью наиболее эффективного осуществления данного принципа необходимо проведение специального научного исследования, нацеленного на разработку критериев выявления и систематизации указанных неблагоприятных условий, а также формирования комплекса адекватных профилактических, компенсационных и иных мер в интересах охраны здоровья детей.

Таблица 17. Принципы государственной политики в области охраны здоровья детей

Содержание принципов	Документы международного права и федеральные нормативные правовые акты, являющиеся правовой основой данных принципов
Первый принцип. Государство гарантирует обеспечение права каждого ребенка на охрану здоровья, включая социально-правовые и медицинские меры профилактики, и принимает с этой целью все необходимые законодательные и административные меры.	Статьи 2, 4, 6, 24, 44, 46 Конвенции о правах ребенка. Статьи 38, 72 Конституции Российской Федерации.
Второй принцип. Государство гарантирует каждому ребенку бесплатное предоставление услуг по охране здоровья.	Статья 24 Конвенции о правах ребенка. Статья 41 Конституции Российской Федерации. Статьи 5, 6, 20, 20.1., 37.1., 39 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1. Статья 10 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ.
Третий принцип. Не допускается дискриминация ребенка по любому обстоятельству в обеспечении его права на охрану здоровья.	Статьи 2, 6, 24 Конвенции о правах ребенка.
Четвертый принцип. В Российской Федерации не принимаются нормативные правовые акты, ущемляющие права детей на охрану здоровья, и не осуществляется политика, игнорирующая права детей на охрану здоровья.	Статья 3 Конвенции о правах ребенка.
Пятый принцип. Наилучшее обеспечение прав детей на охрану здоровья является важнейшим целевым ориентиром при выработке и осуществлении социально-экономической политики государства; выявленные или прогнозируемые неблагоприятные изменения в состоянии здоровья детей в соответствующих случаях являются основанием для принятия адекватных законодательных и административных мер в интересах детства.	Статья 3 Конвенции о правах ребенка. Пункт 3 Плана действий по осуществлению Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-е годы.
Шестой принцип. Обеспечение доступности и высокого качества медицинской помощи детям является приоритетным в деятельности органов государственной власти и местного самоуправления.	Требует законодательного закрепления.
Седьмой принцип. Государство обеспечивает развитие первичной педиатрической медико-санитарной помощи.	Требует законодательного закрепления.
Восьмой принцип. Государство обеспечивает ребенку-пациенту, способному сформулировать свои собственные взгляды, право свободно выражать эти взгляды по всем затрагивающим его вопросам, причем взглядам ребенка уделяется должное внимание в соответствии с его возрастом и зрелостью.	Статья 12 Конвенции о правах ребенка.
Девятый принцип. Государство реализует научно обоснованную политику в области охраны здоровья детей.	Требует законодательного закрепления.
Десятый принцип. Государство гарантирует полное осуществление права каждого ребенка на охрану здоровья в соответствии с настоящими принципами, как в благоприятных условиях общественного развития, так и в условиях нестабильности (колебания экономики, обострение экологических проблем, социальные, военные и иные конфликты и т.п.).	План действий по осуществлению Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-е годы.

Подводя итог, следует отметить, что представленный свод

принципов государственной политики в области охраны здоровья детей (табл. 17) отражает логику последовательного и максимального охвата существующих противоречий в системе «здоровье ребенка – общество». В случае возрастания объема или качественных характеристик таких противоречий можно предвидеть актуализацию разработки дополнительных элементов государственной политики, классифицированных нами в качестве ее принципов.

5.2.3. Субъекты государственной политики

Определение полномочий органов государственной власти в формировании, реализации, руководстве государственной политикой в области охраны здоровья детей отражает обязанности государства как гаранта обеспечения прав ребенка. В качестве примера решения этой задачи в других сферах государственной политики можно указать на следующие нормативные правовые акты.

В Федеральном законе от 23 августа 1996 г. № 127-ФЗ «О науке и государственной научно-технической политике» [292] закреплен порядок формирования государственной политики (статья 13), в соответствии с которым указанные направления определяются Президентом Российской Федерации. Таким образом, законом зафиксирован наиболее высокий статус государственной научно-технической политики в системе общей политики.

Подобным образом в Федеральном законе от 21 декабря 1994 г. № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» [277] установлено (статья 8), что Президент Российской Федерации определяет основные направления государственной политики и принимает иные решения в области защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций.

Логический анализ законов, где установлена роль Президента Российской Федерации в определении направлений государственной политики, позволяет выделить два основания для закрепления подобной нормы в отношении сферы деятельности по охране здоровья детей:

1) значительный масштаб и сложность задач, решаемых соответствующим направлением государственной политики;

2) высокая степень остроты этих задач, требующая принятия решений на высшем уровне государственной власти.

Следует подчеркнуть, что такой уровень властного обеспечения формирования государственной политики ранее

определялся и в отношении здравоохранения. Согласно статье 9 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (в настоящее время утратившей силу) [260, 315] руководство реализацией «федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан» входило в полномочия Президента Российской Федерации.

Таким образом, полномочия в осуществлении государственной политики в области охраны здоровья детей распределяются следующим образом.

Президент Российской Федерации в соответствии с конституционными полномочиями (статья 80 Конституции Российской Федерации) определяет основные направления внутренней политики, и, как одно из ее направлений, – государственную политику в области охраны здоровья детей.

Президент Российской Федерации в ежегодных посланиях, обращенных к Федеральному Собранию (статья 84 Конституции Российской Федерации), при освещении выполнения программы социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу представляет анализ положения детей в РФ, включая вопросы охраны здоровья детей, вносит уточнения в указанную программу с выделением задач по решению проблем детства на предстоящий год (пункт 2 статьи 5 Федерального закона от 20 июля 1995 г. № 115-ФЗ «О государственном прогнозировании и программах социально-экономического развития Российской Федерации») [283].

Совет Федерации и Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации согласно конституционным полномочиям осуществляют законодательную деятельность по реализации государственной политики в области охраны здоровья детей.

Правительство Российской Федерации при представлении Государственной Думе данных об итогах социально-экономического развития Российской Федерации за прошедший период текущего года, а также прогноза социально-экономического развития на предстоящий год и перечня основных социально-экономических проблем (задач), на решение которых направлена политика Правительства Российской Федерации в предстоящем году (пункт 3 статьи 5 Федерального закона от 20 июля 1995 г. № 115-ФЗ «О государственном прогнозировании и программах социально-экономического развития Российской Федерации») акцентирует внимание на государственной политике в области охраны здоровья детей.

Правительство Российской Федерации представляет проекты федеральных законов, предусматривающих меры по реализации

задач правового обеспечения охраны здоровья детей, как компонента социально-экономического развития Российской Федерации в предстоящем году.

Федеральный орган исполнительной власти, исполняющий функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, на основании и во исполнение Конституции Российской Федерации, федеральных законов, актов Президента и Правительства Российской Федерации осуществляет правовое регулирование в установленной сфере деятельности, разрабатывает и представляет в Правительство Российской Федерации проекты федеральных законов и актов Президента и Правительства Российской Федерации по вопросам государственной политики в области охраны здоровья детей.

Субъекты Российской Федерации осуществляют государственную политику в области охраны здоровья детей в соответствии с действующим законодательством.

5.3. Функциональные элементы государственной политики в области охраны здоровья детей

К функциональным элементам изучаемого направления государственной политики отнесены ее *цель* и *задачи*, отражающие стратегию в данной сфере общественных отношений. Особенностью этих элементов является то, что в процессе достижения поставленной цели, а также решения соответствующих задач, они могут корректироваться. В качестве основания для такой коррекции следует выделить, в частности, актуализацию новых аспектов цели и задач, улучшение социально-экономической ситуации в обществе, внедрение в практику научных достижений в охране здоровья детей, способствующих получению наибольшего социального и медицинского эффекта и т. п. Цель и задачи не могут корректироваться в сторону уменьшения объема и качества государственных гарантий по охране здоровья детей.

5.3.1. Цель государственной политики

В содержании понятия цели представлены две основные его составляющие: ожидаемый результат и способы его достижения. Например, установленная в Указе Президента Российской Федерации от 14 мая 1996 г. № 712 [265] цель государственной семейной политики заключается в «обеспечении государством необходимых условий» (способ) «для реализации семьей ее функций и повышения качества жизни семьи» (результат). Федеральным законом от 23 августа 1996 г. № 127-ФЗ [292] определено, что основными целями государственной научно-технической политики являются «развитие, рациональное размещение и эффективное использование научно-технического потенциала» (способ), «увеличение вклада науки и техники в развитие экономики государства» (способ) для «реализации важнейших социальных задач» (результат). В ряду стратегических целей социальной политики указано, что «улучшение состояния здоровья населения» (результат) достигается «на основе реально доступной широким слоям населения медицинской помощи и повышения качества лечебных услуг, развития массовой физической культуры и спорта (способ)» (Распоряжение Правительства Российской Федерации от 26 июля 2000 г. № 1072-р) [136].

В качестве одного из элементов цели государственной политики в ее определении, при необходимости фиксируется внимание на конкретных документах международного права. Например, в составе цели государственной политики в отношении женщин, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 4 марта 1993 г. № 337 [256], обозначены обязательства по выполнению Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин.

Направленность цели государственной политики в области охраны здоровья детей всегда совпадает с направленностью ее идеологии, но по объему действий и планируемого результата цель всегда уже идеологии, т. к. отражает наличные или прогнозируемые противоречия, после преодоления которых[70] неизбежно актуализируются новые противоречия, что вызывает постановку новой цели при неизменной идеологии.

С учетом сказанного можно определить, что на современном этапе общественного развития *целью государственной политики в области охраны здоровья детей является осуществление права каждого ребенка на сохранение и улучшение здоровья путем предупреждения или устранения влияния социально-экономических и других условий и факторов, препятствующих реализации этого права.*

Данное определение есть рефлексия здравоохранительного бытия. В нем фиксируется соединение интересов каждого ребенка на охрану здоровья и интересов всего общества в реализации этого права. Такой подход объединяет в себе моральный (интерес общества в сохранении здоровья именно каждого ребенка) и правовой аспекты (предупреждение и устранение факторов, препятствующих реализации прав детей).

Определение цели государственной политики в области охраны здоровья детей имеет не только теоретико-методологическое, но и практическое значение. Этим определением данное направление государственной политики закрепляется как самостоятельная, институционально-конкретная сфера деятельности.

5.3.2. Задачи государственной политики

Содержание задач государственной политики, как и обоснованной выше ее цели, соответствует существующей или прогнозируемой проблемной ситуации, решение которой всегда зависит от наличия или создания соответствующих правовых механизмов. Поэтому не случайно в Основных направлениях государственной социальной политики по улучшению положения

детей в Российской Федерации до 2000 года [130] в качестве первой в ряду поставленных задач указано «укрепление правовой защиты детства, приведение законодательства в соответствие с положениями Конвенции о правах ребенка и Конституцией Российской Федерации» (пункт 1 раздела 2). Подобным образом в Постановлении Правительства Российской Федерации от 10 августа 1998 г. № 917 в качестве основной задачи государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации определено создание соответствующей законодательной базы [181].

В соответствии с программой исследования, проведен анализ отечественных нормативных правовых актов, по итогам которого, с учетом отмеченной выше закономерности, определен и логически сгруппирован комплекс задач государственной политики в области охраны здоровья детей, включающий *первоочередные меры ее законодательного обеспечения*. Представленная структура задач (рис. 14) отражает концептуальный уровень разработки.

Первая задача – включение вопросов охраны здоровья детей в систему целевых ориентиров социально-экономического развития Российской Федерации.

Решение данной задачи необходимо для законодательного закрепления принципов (пятого принципа) государственной политики в области охраны здоровья детей (см. раздел 5.2.2.). Правовые основы постановки данной задачи заключаются в необходимости выполнения пункта 3 Плана действий по осуществлению Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-е годы [135], предусматривающего, что «прогресс в области улучшения положения детей должен быть ключевой целью национального развития в целом».

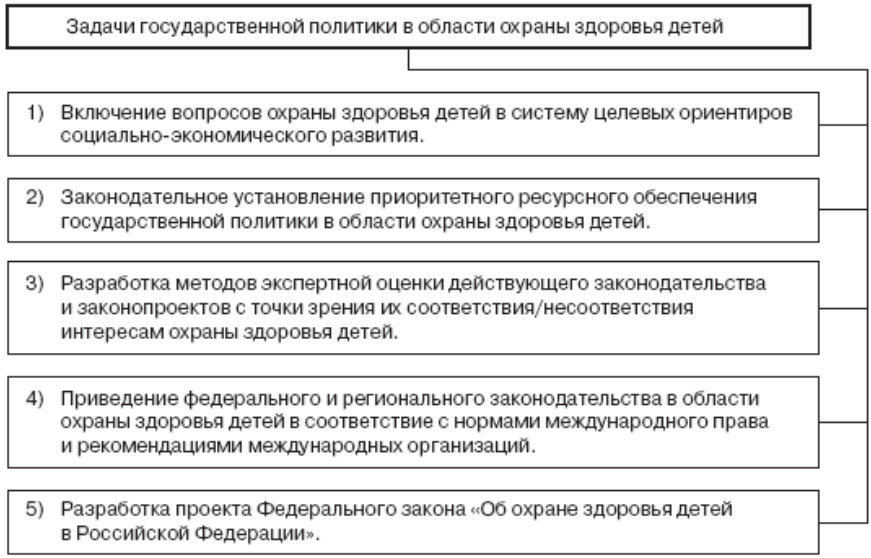
Задачи государственной политики в области охраны здоровья детей
1) Включение вопросов охраны здоровья детей в систему целевых ориентиров социально-экономического развития.
2) Законодательное установление приоритетного ресурсного обеспечения государственной политики в области охраны здоровья детей.
3) Разработка методов экспертной оценки действующего законодательства и законопроектов с точки зрения их соответствия/несоответствия интересам охраны здоровья детей.
4) Приведение федерального и регионального законодательства в области охраны здоровья детей в соответствие с нормами международного права и рекомендациями международных организаций.
5) Разработка проекта Федерального закона «Об охране здоровья детей в Российской Федерации».

Рис. 14. Задачи государственной политики в области охраны здоровья детей в Российской Федерации.

В настоящей работе данная задача определяется в качестве главной. Ее истоки и решение характеризуются следующим.

Анализ действующей ко времени проведения исследования Программы социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2006–2008 годы) [219], устанавливающей «ключевые направления деятельности Правительства Российской Федерации», показал, что Программа не предусматривает совершенствования правового регулирования общественных отношений с целью обеспечения приоритетного решения проблем детства, в том числе в области охраны здоровья детей, как это установлено в Конвенции о правах ребенка и Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей. Проблемы детства не отражены в разделе Программы «Основные приоритеты социально-экономического развития Российской Федерации в среднесрочной перспективе». Решения проблем охраны здоровья детей, предусмотренные в пункте «д» раздела «Модернизация здравоохранения», не соответствуют уровню мер государственной политики и не выходят за узкие рамки секторальных медико-организационных мероприятий (диспансеризация, специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь, диагностика и профилактика наследственных и врожденных заболеваний, перинатальная помощь, вопросы репродуктивного здоровья, здоровье подростков и т. д.).

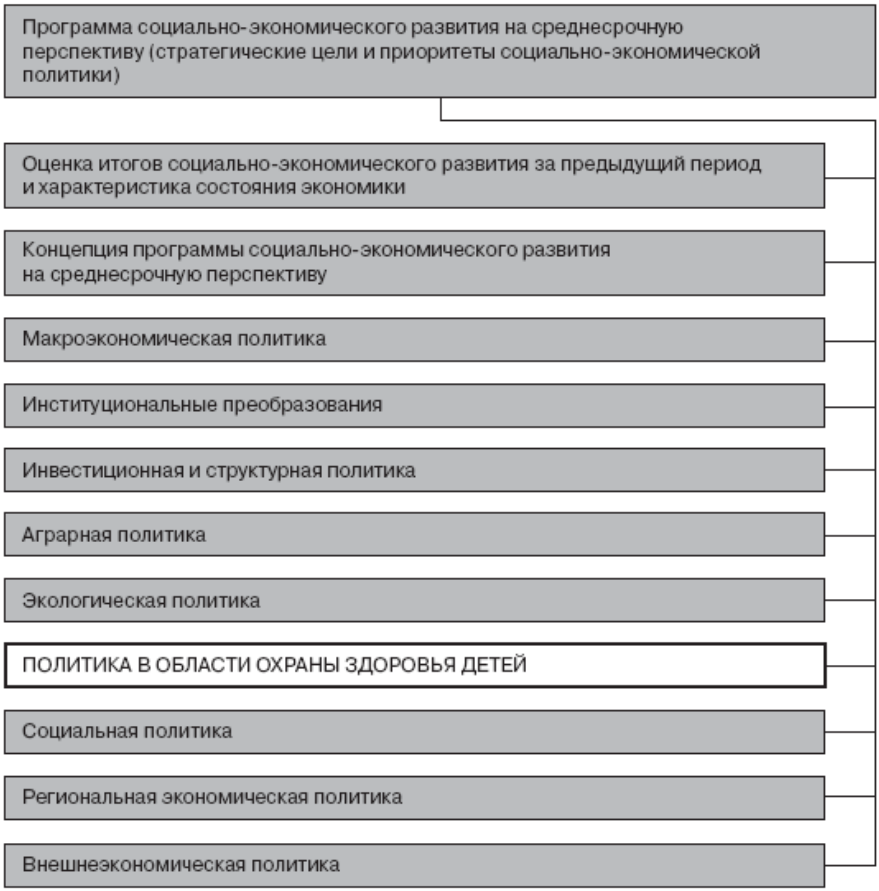
Программа социально-экономического развития на среднесрочную перспективу (стратегические цели и приоритеты социально-экономической политики)
Оценка итогов социально-экономического развития за предыдущий период и характеристика состояния экономики
Концепция программы социально-экономического развития на среднесрочную перспективу
Макроэкономическая политика
Институциональные преобразования
Инвестиционная и структурная политика
Аграрная политика
Экологическая политика
ПОЛИТИКА В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ
Социальная политика
Региональная экономическая политика
Внешнеэкономическая политика

Рис. 15. Концептуальная структура стратегических целей и приоритетов социально-экономической политики Российской Федерации, предлагаемым новым элементом которой является государственная политика в области охраны здоровья детей.

С целью устранения указанных пробелов необходимо внести дополнение в пункт 8 статьи 4 Федерального закона от 20 июля 1995 г. № 115-ФЗ «О государственном прогнозировании и программах социально-экономического развития Российской Федерации» [283] и расширить установленный в ней перечень параметров, отражаемых в Программе социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (макроэкономическая политика, институциональные преобразования, инвестиционная и структурная политика, аграрная политика и т. д.), за счет включения в него параметра «политика в области охраны здоровья детей», как это показано на рис. 15. Логика этой меры в том, что, согласно пункту 3 статьи 1 закона, указанная программа представляет собой комплексную

систему целевых ориентиров социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу и благодаря предлагаемому дополнению охрана здоровья детей приобретает высокий статус такого целевого ориентира.

Решение указанной задачи является ключом к решению других задач государственной политики в области охраны здоровья детей.

Вторая задача – законодательное установление приоритетного ресурсного обеспечения государственной политики в области охраны здоровья детей.

Актуальность решения этой задачи обусловлена следующим.

В соответствии с пунктом 2 статьи 4 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» [300] государственная политика в интересах детей является приоритетной. Вместе с тем, Конвенция о правах ребенка как международный договор, имеющий преимущество над нормами национального законодательства (статья 15 Конституции Российской Федерации), предоставляет государствам-участникам возможность регулировать решение проблем детства, исходя из имеющихся ресурсов (статьи 4, 26 Конвенции). В результате, в законодательстве обнаруживается пробел, отражающий ситуацию, когда в государстве при любой степени обострения экономических трудностей права детей утрачивают признаки реальной приоритетности. При этом создаются условия для игнорирования права каждого ребенка на уровень жизни, необходимый для физического, умственного, духовного, нравственного и социального развития (статья 27 Конвенции). Одним из проявлений исследуемого противоречия является ухудшение состояния здоровья детей в России в период продолжительного социально-экономического кризиса.

Решение изложенной задачи позволит устранить пробел в законодательном обеспечении прав детей и, таким образом, создать условия для осуществления статьи 27 Конвенции о правах ребенка.

Третья задача – разработать методы экспертной оценки действующего законодательства и законопроектов с точки зрения их соответствия/несоответствия интересам охраны здоровья детей.

Первые научно обоснованные рекомендации о проведении такой экспертизы в Российской Федерации относятся к 1993 г. [104]. В том же году эта задача была закреплена в Указе Президента Российской Федерации от 27 марта 1993 г. № 405 «О неотложных мерах по стабилизации уровня жизни населения Российской Федерации в 1993 году» [257]. В дальнейшем

подобная задача была обозначена в государственном докладе о положении детей (1994 г.), где подчеркнуто, что «все более актуальным становится учет последствий принимаемых государственных решений для положения детей… С этой точки зрения должна проводиться *экспертиза* законодательных и иных нормативных актов, регулирующих процессы в экономике и социальной сфере, а при их принятии должна обеспечиваться безусловная защита интересов детей» [123]. Подобная постановка вопроса содержится в утвержденной в начале 1996 г. Концепции улучшения положения женщин в Российской Федерации [172], где акцентировано внимание на необходимости проведения экспертизы законодательства и разработки предложений по обеспечению соответствия законодательства о правах женщин международным стандартам о правах человека. Эта идея была закреплена в Основных направлениях государственной семейной политики, где предусмотрено осуществление экспертизы всех законопроектов и определение влияния принимаемых мер на положение семьи [265].

Проведение научно обоснованной экспертизы прогнозируемых последствий влияния различных разрабатываемых законопроектов на состояние здоровья детей до настоящего времени не осуществляется [13], несмотря на требование педиатров не принимать законов, решений и каких-либо иных действий, не оценив их влияния на состояние здоровья детей [6]. В качестве примера реализации подобной меры можно указать на Федеральный закон от 23 ноября 1995 г. № 174-ФЗ «Об экологической экспертизе» [284], где первым среди принципов такой экспертизы указана «презумпция потенциальной экологической опасности любой намечаемой хозяйственной и иной деятельности». Данную норму закона целесообразно экстраполировать на сферу защиты прав детей в форме принципа экспертизы, заключающегося в презумпции потенциальной опасности для здоровья детей любых мер по повышению экономической эффективности производства и других видов деятельности, осуществляемых в условиях рыночной экономики. В настоящее время практическое использование такого принципа государственными органами оценивается как мировая тенденция [322] и вполне согласуется с выводом известного американского экономиста, лауреата Нобелевской премии по экономике J. Stiglitz (2001) [355], который подчеркивает, что минимизация или недопущение значительных сокращений рабочих мест в экономике должны быть самыми важными целями политики.

Как показывает наш анализ, методология экспертной оценки в различных общественных сферах имеет определенную

общность, что имеет значение с точки зрения решения исследуемой задачи. Так, в Постановлении Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации от 8 августа 1996 г. № 327-СФ «О законодательном обеспечении экономической безопасности Российской Федерации» [199] предусмотрена разработка методологии проведения экспертизы законопроектов в части их соответствия Государственной стратегии экономической безопасности Российской Федерации, определены соответствующие базисные критерии. Указанные критерии в адаптированном виде можно использовать в качестве основы формирования свода базисных критериев оценки проектов федеральных законов (а также других нормативных правовых актов и управленческих решений), имеющих непосредственное или опосредованное отношение к сфере прав ребенка, в части их соответствия государственной политике в области охраны здоровья детей (табл. 18). Анализ эффективности приведенных критериев и их дополнение должно стать предметом специального исследования.

Четвертая задача – приведение федерального и регионального законодательства в области охраны здоровья детей в соответствие с нормами международного права и рекомендациями международных организаций.

Правовой основой решения данной задачи является норма Конвенции о правах ребенка (статья 4), устанавливающая, что государства-участники принимают все необходимые законодательные, административные и другие меры для осуществления прав, признанных в Конвенции. С целью реализации данной задачи необходимо предусмотреть создание системы мониторинга федеральных и региональных нормативных правовых актов, регулирующих отношения, непосредственно или опосредованно связанных со сферой охраны здоровья детей.

Таблица 18. Возможные базисные критерии оценки проектов федеральных законов в части их соответствия государственной политике в области охраны здоровья детей

Содержание изучаемых признаков
1. Соответствие норм проекта федерального закона положениям государственной политики в области охраны здоровья детей.
2. Прогноз возможности возникновения противоречий между интересами детей и интересами субъектов общества.
3. Наличие в проекте федерального закона предпосылок для формирования адаптационных механизмов, устраняющих воздействие возникающих (прогнозируемых) в случае принятия данного закона факторов, способных оказывать отрицательное влияние на различные аспекты правового, финансового, организационного и т.п. обеспечения интересов детей.
4. Прогноз положительного или отрицательного воздействия закона, в случае его принятия, на достигнутые уровни благополучия детей.
5. Прогноз возможности и необходимости принятия дополнительных законодательных, материальных, организационных мер защиты прав детей на охрану здоровья.
6. Оценка влияния норм проекта федерального закона на функционирование сфер жизнедеятельности общества, от которых зависит эффективность осуществления государственной политики в области охраны здоровья детей.

Пятая задача – разработка проекта Федерального закона «Об охране здоровья детей в Российской Федерации».

Политика укрепления здоровья детей обязательно включает законодательные функции [321]. Идея разработки Федерального закона «Об охране здоровья детей в Российской Федерации» (А. А. Баранов, Ю. Е. Лапин) [7, 11] поддержана медицинской общественностью и представителями органов законодательной и исполнительной власти [225, 326]. Концептуальная структура законопроекта представлена в приложении 2.

Принятие закона позволит устранить недостатки и пробелы в нормативных правовых актах по охране здоровья детей, заключающиеся в следующем:

– сохраняется ориентация преимущественно на секторальные (здравоохраненческие) меры в области охраны здоровья детей в ущерб общегосударственному подходу;

– аспекты охраны здоровья детей «рассеяны» по различным нормативным правовым актам, что создает определенные трудности в их практическом применении;

– недостаточна системная связь, не прослеживается интегрирующий фактор в системе нормативных правовых актов по вопросам охраны здоровья детей;

– в различных нормативных правовых актах отмечается противоречивость гарантий объема медицинских услуг, предоставляемых детям;

– недостаточно определены механизмы практического осуществления положений ряда нормативных правовых актов, касающихся охраны здоровья детей;

– отсутствует законодательное обеспечение гарантий полного осуществления прав детей на охрану здоровья в экстремальных и критических ситуациях социального, военного, природного и

иного происхождения;

– в нормативных правовых актах недостаточно полно представлены контингенты детей, обеспечение права которых на охрану здоровья имеет свои особенности, в том числе: детей-жертв насилия; детей, работающих на улицах; несовершеннолетних безработных; несовершеннолетних беременных и несовершеннолетних родителей; детей из наиболее уязвимых социальных и этнических групп населения и др. (приложение 3).

В качестве резюме следует отметить, что функциональный характер задач исследуемого направления государственной политики заключается в том, что продолжительность их реализации ограничена конкретным периодом, определяемым сроком получения необходимого результата. Поэтому, рассматривая государственную политику в области охраны здоровья детей как развернутый во времени процесс, уместно говорить об эволюции решаемых ею задач.

5.4. Динамичные элементы государственной политики в области охраны здоровья детей

Большую часть объема исследуемых параметров занимают «основные направления государственной политики и механизмы реализации». Содержание этих элементов взаимосвязано, что обусловливает определенную условность такой дифференциации на уровне выработки концепции.

Наиболее полный объем исследуемых признаков выявлен в документах Комитета по правам ребенка [60]. В качестве динамичных элементов государственной политики в области охраны здоровья детей эти признаки сведены в следующие восемь групп:

1. Законодательные меры в соответствии с целью и задачами государственной политики.

2. Институциональные меры:

– создание постоянно действующих механизмов управления государственной политикой;

– формирование институтов защиты прав детей-пациентов;

– принятие комплексной национальной стратегии в интересах детей в рамках обязательств по осуществлению Конвенции о правах ребенка;

– организация и контроль взаимодействия с другими направлениями государственной политики, ориентированными на охрану здоровья детей;

– определение и приоритетное развитие тех сфер общественных отношений, которые оказывают влияние на повышение эффективности государственной политики в области охраны здоровья детей.

3. Финансовое и иное ресурсное обеспечение государственной политики: формирование федерального и региональных бюджетов с учетом приоритетного ресурсного обеспечения программ, нацеленных на достижение задач в области выживания, защиты и развития детей.

4. Организационные меры:

– мониторинг осуществления государственной политики;

– определение первоочередных мер государственной политики;

– разработка плана действий и этапов реализации государственной политики;

– обеспечение преемственности государственной политики;

– разработка федеральных и региональных программ осуществления конкретных направлений государственной политики;

– организационное, кадровое, информационное обеспечение государственной политики;

– совершенствование статистики.

5. Международное сотрудничество в области прав ребенка.

6. Научное обеспечение политики:

– прогноз и оценка эффективности государственной политики;

– анализ результатов, полученных в ходе экспериментов и ранее проведенных мероприятий по плану реализации государственной политики;

– учет прогнозов социально-экономических процессов и стратегических ориентиров государственного развития.

7. Участие общественности в наблюдении за осуществлением государственной политики:

– поддержка общественных объединений, деятельность которых соответствует целям государственной политики;

– правовое просвещение граждан по вопросам государственной политики;

– сотрудничество со средствами массовой информации.

8. Подготовка государственных докладов о политике в области охраны здоровья детей.

Представленный свод динамичных элементов государственной политики имеет как методологическое (способ формирования и систематизации), так и практическое значение, связанное с возможностью его использования при формировании конкретной структуры государственной политики в области охраны здоровья детей.

Заключение

Исследование вопросов государственной политики в области охраны здоровья детей отражает необходимость совершенствования законодательного обеспечения естественного права каждого ребенка на жизнь и здоровое развитие, и включает изучение условий и факторов формирования данного направления политики, его определение в качестве особого института в общественной системе.

Отечественные нормативные правовые акты и официальные документы, а также международные договоры Российской Федерации по правам ребенка, являются адекватной эмпирической базой для проведения такого исследования. Указанные акты и договоры содержат необходимый объем правовых оснований для выработки и реального осуществления государственной политики в области охраны здоровья детей.

В качестве предпосылок актуализации решения поставленных в настоящем исследовании задач следует отметить не только процессы нарастающего ухудшения состояния здоровья детей в конце XX – начале XXI вв., но и такие факторы, как: необходимость совершенствования законодательства и его приведения в соответствие с положениями Конвенции о правах ребенка; рекомендации ученых, исследующих проблемы детства в конкретных социально-экономических условиях России; развитие программного направления деятельности в интересах детей; использование государственной политики в качестве инструмента решения наиболее актуальных проблем детства, в том числе связанных с иммунопрофилактикой болезней, здоровым питанием, санитарно-эпидемиологическим благополучием, борьбой с социальными болезнями и т. д.

Разработанный методологический подход, включающий моделирование функционирования государственной политики, анализ причинно-следственных связей в системе «здоровье ребенка – общество», совершенствование понятийно-категориального аппарата для изучения этой системы, позволил конкретизировать признаки государственной политики как предмета исследования и обосновать ее назначение в качестве правового инструмента регулирования общественных отношений в интересах детства.

В работе показана необоснованность попыток решения проблем детства в рамках социальной политики, поскольку предметом последней является социальное неравенство людей, а отношения между детьми и остальной частью населения – есть

естественное неравенство, формирующее отдельный, ценностный предмет государственной политики в области охраны здоровья детей. Такая дифференциация имеет не только методологическое, но и практическое значение, т. к. является основанием для рассмотрения детской части населения в качестве не «социальной группы», а «ростковой зоны» всего общества.

Результаты исследования позволили сделать вывод о том, что включение отдельных аспектов детского здравоохранения в предметное поле различных законодательно закрепленных направлений государственной политики (политика в области образования, семейных отношений, трудовых отношений и др.) частично компенсирует отсутствие в настоящее время специального направления государственной политики в области охраны здоровья детей. Данный феномен фиксирует свершившееся правовое закрепление ряда проблем детского здравоохранения в качестве реального предмета государственной политики.

Вместе с тем, указанный процесс является аргументом в пользу разработки государственной политики в области охраны здоровья детей в качестве специального института, способного:

– во- первых, интегрировать и обеспечить координацию уже существующего комплекса медицинских компонентов указанных выше направлений политики;

– во-вторых, дополнить этот комплекс на основе вовлечения в сферу правового регулирования наиболее полного объема общественных отношений, связанных с детским здравоохранением;

– в-третьих, избежать фрагментарного правового регулирующего воздействия на сферу охраны здоровья детей.

Последнее имеет особое значение, поскольку указанный процесс поддерживает статус детского здравоохранения в качестве не активного регулирующего фактора, а пассивного управляемого объекта. В результате, основные условия и причины нездоровья детей оказываются вне непосредственного контроля со стороны здравоохранения.

Исследование и практическое использование потенциала государственной политики в области охраны здоровья детей как системообразующего фактора в данной сфере деятельности отражает справедливое замечание Н. Ф. Герасименко и соавт. (2005) о том, что «здоровье населения – не только мечта, … но и соответствующая государственная политика» [38, с. 5].

С целью формирования и осуществления государственной политики в области охраны здоровья детей в Российской Федерации необходимы следующие первоочередные меры:

1. Принять Федеральный закон «Об охране здоровья детей в Российской Федерации» и закрепить в этом законе идеологию, принципы, субъекты и другие необходимые параметры государственной политики в области охраны здоровья детей.

2. Восполнить выявленный пробел в Федеральном конституционном законе от 17 декабря 1997 г. № 2-КЗ «О Правительстве Российской Федерации», в котором не получила необходимого развития норма статьи 114 Конституции Российской Федерации. Соответственно, предлагаем изложить статью 16 указанного закона, регулирующую полномочия Правительства Российской Федерации в социальной сфере, в следующей редакции: «Правительство Российской Федерации: … *обеспечивает проведение единой государственной политики в области здравоохранения* (предлагаемое дополнение – ***авт.***), принимает меры по реализации прав граждан на охрану здоровья, по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия…».

3. Внести изменение в пункт 8 статьи 4 Федерального закона от 20 июля 1995 г. № 115-ФЗ «О государственном прогнозировании и программах социально-экономического развития Российской Федерации», дополнив предусмотренную в данной статье комплексную систему целевых ориентиров социально-экономического развития Российской Федерации за счет включения в нее целевого ориентира, отражающего интересы детей. Соответственно, изложить пункт 8 статьи 4 указанного закона в следующей редакции: «В программе социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу должны быть отражены: оценка итогов социально-экономического развития Российской Федерации за предыдущий период и характеристика состояния экономики Российской Федерации; концепция программы социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу; макроэкономическая политика; институциональные преобразования; инвестиционная и структурная политика; аграрная политика; экологическая политика; социальная политика; *политика в области охраны здоровья детей* (предлагаемое дополнение – ***авт.***), региональная экономическая политика; внешнеэкономическая политика».

4. Внести изменение в пункт 2 статьи 2 Федерального закона от 20 июля 1995 г. № 115-ФЗ «О государственном прогнозировании и программах социально-экономического развития Российской Федерации», расширив установленный в данной статье перечень объектов комплексного анализа, используемого при разработке прогнозов социально-

экономического развития, за счет включения в него дополнительного объекта – «состояние здоровья граждан, в том числе детей». Соответственно, изложить пункт 2 статьи 2 указанного закона в следующей редакции: «Прогнозы социально-экономического развития разрабатываются исходя из комплексного анализа демографической ситуации, *состояния здоровья граждан, в том числе детей* (предлагаемое дополнение – ***авт.***), научно-технического потенциала, накопленного национального богатства, социальной структуры, внешнего положения Российской Федерации, состояния природных ресурсов и перспектив изменения указанных факторов». Предлагаемое изменение позволит привести данную норму статьи 2 закона в соответствие с пунктом 5 той же статьи, где установлено, что прогнозы социально-экономического развития должны включать, среди прочих, количественные показатели и качественные характеристики системы здравоохранения.

5. В структуре государственной политики в области охраны здоровья детей закрепить в качестве ее постоянных элементов следующую иерархию:

– *базовые элементы* (идеология, принципы государственной политики, субъекты государственной политики в области охраны здоровья детей), являющиеся высшими, исходными, неизменяемыми руководящими началами деятельности в интересах охраны здоровья детей, отражающими специфические особенности данного направления государственной политики, в первую очередь ориентацию на приоритетное, максимальное обеспечение прав детей на охрану здоровья;

– *функциональные элементы* – цель, задачи государственной политики, – также отражающие ее ценностную специфику и обладающие способностью к изменению в направлении повышения уровня правового обеспечения охраны здоровья детей, адекватного реальной социально-экономической ситуации;

– *динамичные элементы* (основные направления, программы и др.), способные к оперативному реагированию на изменение ситуации, в условиях которой государственная политика реализуется.

6. Осуществлять экспертную оценку законопроектов, а также проектов других нормативных правовых актов и управленческих решений, имеющих непосредственное или опосредованное отношение к сфере обеспечения прав ребенка, используя предложенные нами или усовершенствованные базисные критерии оценки указанных проектов в части их соответствия государственной политике в области охраны здоровья детей.

Приложение 1
Концепция государственной политики в области охраны здоровья детей в российской федерации

1. Общие положения

1.1. Принятие в 1989 г. Генеральной Ассамблеей ООН Конвенции о правах ребенка положило начало формированию нового, более высокого уровня ответственности общества за осуществление естественного права детей на жизнь, здоровье и развитие в благоприятных условиях. Принятие Конвенции стало признанием того, что ребенок является самостоятельным субъектом права и в этом качестве должен быть обеспечен особыми, соответствующими его высшему ценностному статусу в обществе, законодательно закрепленными гарантиями на охрану здоровья.

Интегральный подход к осуществлению таких гарантий реализуется созданием специального института защиты прав ребенка – государственной политики в области охраны здоровья детей.

1.2. Правовой основой формирования данного института в Российской Федерации являются международные соглашения (Конвенция о правах ребенка, Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей и др.), Конституция Российской Федерации, а также федеральные законы и официальные документы, в том числе: Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», Федеральная целевая программа «Дети России» на 2007–2010 годы, утвержденная Постановлением Правительства Российской Федерации от 21 марта 2007 г. № 172.

Приказом Министерства здравоохранения России и Российской академии медицинских наук от 24 октября 2003 г. № 506/92 разработка научно обоснованной Концепции долговременной государственной политики в области охраны здоровья детей включена в программу мер по улучшению

состояния здоровья детей Российской Федерации на 2004–2010 гг.

1.3. Настоящая Концепция отражает необходимость усиления роли государства в решении одной из наиболее острых проблем современной России – неудовлетворительного состояния здоровья детей, проявляющегося недостаточными темпами снижения смертности, ростом хронических форм соматической патологии и психических расстройств, ухудшением показателей физического развития, увеличением численности детей-инвалидов, распространением среди детей социальных болезней (туберкулез; болезни, передаваемые половым путем и др.), актуализацией проблем алкоголизма и наркомании в детском возрасте и т. д.

Медицинская практика и результаты современных научных исследований свидетельствуют, что здравоохранение является не единственным сектором, ответственным за сохранение и укрепление здоровья. Достижение положительных изменений мерами, ограниченными рамками сектора здравоохранения, невозможно, поскольку основные причины неблагополучия детей относятся к социальной и экономической сферам. В Российской Федерации отрицательные последствия этого противоречия наиболее существенны в связи с отсутствием современной научно обоснованной и законодательно закрепленной политики сектора здравоохранения, способной противостоять подобному воздействию.

1.4. С учетом необходимости предупреждения или устранения неблагоприятного влияния указанных процессов, *государственная политика в области охраны здоровья детей определяется как самостоятельное, приоритетное направление во внутренней политике, обеспечивающее целенаправленное регулирование общественных отношений для полного осуществления права каждого ребенка на охрану здоровья.*

Данная дефиниция включает фундаментальные понятия «здоровье ребенка» и «охрана здоровья детей», содержание которых для целей настоящей Концепции зафиксировано в следующих определениях:

– *здоровье ребенка* есть его индивидуальное физическое, психическое, умственное, культурное, духовное, нравственное и социальное развитие[71], не ограниченное экзогенными или/и эндогенными (генетическими) условиями и факторами;

– *охрана здоровья детей* – функция государства, реализуемая методами государственной политики и представляющая собой научно обоснованную систему мер, направленных на социально-правовую (первичную) и медицинскую (вторичную и третичную) профилактику болезней в детском возрасте, обеспечение

беспрепятственного доступа каждого ребенка к пользованию наиболее совершенными услугами системы здравоохранения, включая современные эффективные, высокотехнологичные средства и виды лечения болезней и восстановления здоровья, в условиях, способствующих достижению максимально результата.

Объектом государственной политики в области охраны здоровья детей является каждый ребенок.

Главным субъектом политики в области охраны здоровья детей является государство.

2. Идеология, принципы и субъекты государственной политики в области охраны здоровья детей

2.1. В контексте Конвенции о правах ребенка идеология фиксирует максимальное ценностное отношение общества к детям, что обеспечивается постановкой «задачи развития способностей ребенка в их *самом полном* объеме» (статья 29), приложением для этого «*всех* возможных усилий» (статья 18), принятием «*любых* эффективных мер» (статья 24) и использованием «*всех* необходимых средств» (статья 28). Меры по обеспечению прав детей должны быть: «безотлагательными» (статьи 37 и 40), «незамедлительными» (статьи 37 и 40), «первоочередными» (статьи 3 и 24) и «первостепенными» (статья 21). Государство обязано: осуществлять «*наилучшее* обеспечение интересов ребенка» (статья 3), учитывать «*наилучшие* интересы ребенка» (статьи 9; 18; 20; 21 и др.) и защищать «*любой* аспект благосостояния ребенка» (статья 36), воспринимаемого как неповторимая индивидуальность (статья 8). При этом государство «добивается *полного* осуществления» прав детей (статья 24) «в *максимальных* рамках» имеющихся у него ресурсов (статья 4).

Указанные нормы Конвенции, наряду с требованием обеспечить ребенку «особую защиту» и «особую заботу» (статьи 20 и 23), отражают биосоциальные особенности периода детства, когда успешное формирование функций организма в определяющей степени зависит от условий и факторов внешней среды.

Идеология не оторвана от реальной жизни общества и не ставит неосуществимые в принципе или в настоящее время задачи, но устанавливает то максимальное по объему и другим параметрам значение государственных мер по охране здоровья детей, которое отражает современные достижения развития науки и уровень общественного развития.

Идеология данного направления государственной политики

определяется как синтез максимальных значений моральной и правовой практики в интересах охраны здоровья детей.

2.2. Принципы государственной политики в области охраны здоровья детей закрепляют общую направленность Конвенции о правах ребенка, заключающуюся в том, что ребенок не только обладает фундаментальными правами и свободами человека, но и является объектом (реципиентом) специальной защиты.

Принципы государственной политики в области охраны здоровья детей определяются как исходные нормы, жесткие ориентиры, фиксирующие непрерывность и устойчивость вектора регулирования общественных отношений в целях обеспечения прав детей на охрану здоровья.

Соответственно, принципы представляют собой основополагающие правила поведения общества в отношении детей и устанавливают порядок отношений, который не может быть изменен ни при каких условиях.

Государственная политика в области охраны здоровья детей реализуется на основе следующих десяти принципов, охватывающих не только основные положения Конвенции о правах ребенка, но и проблемную ситуацию в современной России.

Предлагаемая фиксированная нумерация принципов отражает их фундаментальное значение в системе охраны здоровья детей. Последовательность принципов не является формой закрепления их иерархии. Ни один принцип не обладает преимуществами или большей правовой силой по отношению к любому другому.

Первый принцип. Государство гарантирует обеспечение права каждого ребенка на охрану здоровья, включая социально-правовые и медицинские меры профилактики, и принимает с этой целью все необходимые законодательные и административные меры.

Второй принцип. Государство гарантирует каждому ребенку бесплатное предоставление услуг по охране здоровья.

Третий принцип. Не допускается дискриминация ребенка по любому обстоятельству в обеспечении его права на охрану здоровья.

Четвертый принцип. В Российской Федерации не принимаются нормативные правовые акты, ущемляющие права детей на охрану здоровья, и не осуществляется политика, игнорирующая права детей на охрану здоровья.

Пятый принцип. Наилучшее обеспечение прав детей на охрану здоровья является важнейшим целевым ориентиром при выработке и осуществлении социально-экономической политики

государства; выявленные или прогнозируемые неблагоприятные изменения в состоянии здоровья детей в соответствующих случаях являются основанием для принятия адекватных законодательных и административных мер в интересах детства.

Шестой принцип. Обеспечение доступности и высокого качества медицинской помощи детям является приоритетным в деятельности органов государственной власти и местного самоуправления.

Седьмой принцип. Государство обеспечивает развитие первичной педиатрической медико-санитарной помощи.

Восьмой принцип. Государство обеспечивает ребенку-пациенту, способному сформулировать свои собственные взгляды, право свободно выражать эти взгляды по всем затрагивающим его вопросам, причем взглядам ребенка уделяется должное внимание в соответствии с его возрастом и зрелостью.

Девятый принцип. Государство реализует научно обоснованную политику в области охраны здоровья детей.

Десятый принцип. Государство гарантирует полное осуществление права каждого ребенка на охрану здоровья в соответствии с настоящими принципами, как в благоприятных условиях общественного развития, так и в условиях нестабильности (колебания экономики, обострение экологических проблем, социальные, военные и иные конфликты и т. п.).

2.3. Государственная политика в области охраны здоровья детей является предметом деятельности на всех уровнях власти.

2.3.1. Президент Российской Федерации в соответствии с конституционными полномочиями (статья 80 Конституции Российской Федерации) определяет основные направления внутренней политики и, как одно из ее направлений, – государственную политику в области охраны здоровья детей.

Президент Российской Федерации в ежегодных посланиях, обращенных к Федеральному Собранию (статья 84 Конституции Российской Федерации), при освещении выполнения программы социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу представляет анализ положения детей в РФ, включая вопросы охраны здоровья детей, вносит уточнения в указанную программу с выделением задач по решению проблем детства на предстоящий год (пункт 2 статьи 5 Федерального закона от 20 июля 1995 г. № 115-ФЗ «О государственном прогнозировании и программах социально-экономического развития Российской Федерации»).

2.3.2. Совет Федерации и Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации согласно

конституционным полномочиям осуществляют законодательную деятельность по реализации государственной политики в области охраны здоровья детей.

2.3.3. Правительство Российской Федерации при представлении Государственной Думе данных об итогах социально-экономического развития Российской Федерации за прошедший период текущего года, а также прогноза социально-экономического развития на предстоящий год и перечня основных социально-экономических проблем (задач), на решение которых направлена политика Правительства Российской Федерации в предстоящем году (пункт 3 статьи 5 Федерального закона от 20 июля 1995 г. № 115-ФЗ «О государственном прогнозировании и программах социально-экономического развития Российской Федерации») акцентирует внимание на государственной политике в области охраны здоровья детей.

Правительство Российской Федерации представляет проекты федеральных законов, предусматривающих меры по реализации задач правового обеспечения охраны здоровья детей, как компонента социально-экономического развития Российской Федерации в предстоящем году.

2.3.4. Федеральный орган исполнительной власти, исполняющий функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, на основании и во исполнение Конституции Российской Федерации, федеральных законов, актов Президента и Правительства Российской Федерации осуществляет правовое регулирование в установленной сфере деятельности, разрабатывает и представляет в Правительство Российской Федерации проекты федеральных законов и актов Президента и Правительства Российской Федерации по вопросам государственной политики в области охраны здоровья детей.

2.3.5. Субъекты Российской Федерации осуществляют государственную политику в области охраны здоровья детей в соответствии с действующим законодательством.

2.3.6. Государственная политика в области охраны здоровья детей взаимодействует с другими направлениями государственной политики, оказывающими влияние на обеспечение прав детей на охрану здоровья, в том числе:

– макроэкономической политикой;

– инвестиционной и структурной политикой;

– аграрной политикой;

– государственной политикой в области охраны окружающей среды;

– социально-экономической политикой;

– социальной политикой;
– региональной экономической политикой;
– государственной политикой в области образования.

2.3.7. Порядок формирования государственной политики в области охраны здоровья детей и компетенция по ее осуществлению устанавливаются законодательно.

2.3.8. Идеология, принципы и субъекты государственной политики в области охраны здоровья детей закрепляются законодательно.

3. Цель и задачи государственной политики в области охраны здоровья детей

3.1. Цель и задачи являются функциональными элементами государственной политики в области охраны здоровья детей и имеют временну€ю детерминацию. В процессе достижения поставленной цели, а также по мере решения соответствующих задач, данные элементы государственной политики корректируются. Основаниями для такой коррекции также являются: улучшение социально-экономической ситуации в обществе, позволяющие поставить цель и задачи, в большей степени обеспечивающие права детей на охрану здоровья; внедрение в практику научных достижений и передового опыта, способствующих получению наибольшего социального и медицинского эффекта, и т. п.

На современном этапе общественного развития *целью государственной политики в области охраны здоровья детей является осуществление права каждого ребенка на сохранение и улучшение здоровья путем предупреждения или устранения влияния социально-экономических и других условий и факторов, препятствующих реализации этого права.*

3.2. Для достижения указанной цели государственной политики в области охраны здоровья детей необходимо решить следующие задачи, отражающие первоочередные меры ее законодательного обеспечения:

1. Включить вопросы охраны здоровья детей в систему целевых ориентиров социально-экономического развития Российской Федерации.

2. Законодательно установить приоритетное ресурсное обеспечение государственной политики в области охраны здоровья детей.

3. Разработать методы экспертной оценки действующего законодательства и законопроектов с точки зрения их

соответствия/несоответствия интересам охраны здоровья детей.

4. Привести федеральное и региональное законодательство в области охраны здоровья детей в соответствие с нормами международного права и рекомендациями международных организаций.

5. Разработать проект Федерального закона «Об охране здоровья детей в Российской Федерации».

4. Основные направления государственной политики в области охраны здоровья детей

4.1. Законодательные меры в соответствии с целью и задачами государственной политики.

4.2. Институциональные меры (создание постоянно действующих механизмов управления государственной политикой; формирование институтов защиты прав детей-пациентов; принятие комплексной национальной стратегии в интересах детей в рамках обязательств по осуществлению Конвенции о правах ребенка; организация и контроль взаимодействия с другими направлениями государственной политики, ориентированными на охрану здоровья детей; определение и приоритетное развитие тех сфер общественных отношений, которые оказывают влияние на повышение эффективности государственной политики в области охраны здоровья детей).

4.3. Финансовое и иное ресурсное обеспечение государственной политики, в том числе формирование федерального и региональных бюджетов с учетом приоритетного ресурсного обеспечения программ, нацеленных на достижение задач в области выживания, защиты и развития детей.

4.4. Организационные меры (мониторинг осуществления государственной политики и определение первоочередных мер; разработка плана действий и этапов реализации государственной политики; обеспечение преемственности государственной политики; разработка федеральных и региональных программ осуществления государственной политики и др.).

4.5. Международное сотрудничество в области прав ребенка.

4.6. Научное обеспечение государственной политики (прогноз и оценка эффективности; анализ результатов, полученных в ходе экспериментов и ранее проведенных мероприятий по плану реализации государственной политики; прогнозирование социально-экономических процессов и стратегических ориентиров государственного развития).

4.7. Поддержка участия общественности в наблюдении за осуществлением государственной политики.

4.8. Подготовка государственных докладов о политике в области охраны здоровья детей.

Приложение 2
Проект структура федерального закона «об охране здоровья детей в Российской Федерации» [72]

Преамбула – цели и задачи закона.

Раздел 1. Общие положения.

Раздел 2. Государственная политика в области охраны здоровья детей.

Раздел 3. Система органов и учреждений здравоохранения, осуществляющих охрану здоровья детей и медицинскую помощь им.

Раздел 4. Права ребенка-пациента.

Раздел 5. Обязанности родителей, охрана здоровья детей в семье.

Раздел 6. Организация охраны здоровья детей в домах ребенка, детских домах, детских домах-школах, школах-интернатах, специальных учебно-воспитательных учреждениях для детей с девиантным поведением.

Раздел 7. Охрана здоровья детей, занятых трудовой деятельностью.

Раздел 8. Охрана здоровья детей, занимающихся спортом.

Раздел 9. Охрана здоровья детей, переданных на усыновление за рубеж.

Раздел 10. Охрана здоровья детей, находящихся в наиболее трудных жизненных условиях (дети-пациенты; дети-сироты; беспризорные и безнадзорные; дети-жертвы насилия, эксплуатации; дети, нарушившие закон и находящиеся под стражей; дети, родители которых находятся в местах лишения свободы и др.).

Раздел 11. Правовые вопросы испытания лекарственных средств, медицинской техники и медицинских технологий в педиатрии.

Раздел 12. Психиатрическая и наркологическая помощь детям.

Раздел 13. Права тяжело больных детей, паллиативное лечение.

Раздел 14. Процедуры констатации смерти ребенка и регистрация смерти.

Раздел 15. Правовые основы трансплантологии в педиатрии.

Раздел 16. Права плода-пациента.

Раздел 17. Охрана здоровья девочек, правовые основы профилактики беременности у несовершеннолетних и лечебно-профилактической помощи несовершеннолетним матерям.

Раздел 18. Охрана здоровья мальчиков.

Раздел 19. Медико-социальная помощь детям-инвалидам.

Раздел 20. Право детей на обеспечение полноценным питанием.

Раздел 21. Правовые основы школьной медицины.

Раздел 22. Охрана здоровья детей в чрезвычайных ситуациях.

Раздел 23. Медико-психологическая помощь детям-жертвам насилия, эксплуатации, жестокого обращения и т. п.

Раздел 24. Просветительная работа.

Раздел 25. Финансирование в сфере охраны здоровья детей.

Раздел 26. Медицинское страхование.

Раздел 27. Контроль качества медицинской помощи детям.

Раздел 28. Научное и информационное обеспечение государственных и иных мер по охране здоровья детей.

Раздел 29. Ответственность медицинских работников, связанная с оказанием медицинской помощи детям.

Раздел 30. Средства правовой защиты в случаях нарушения прав детей на охрану здоровья.

Раздел 31. Международное сотрудничество в области охраны здоровья детей.

Раздел 32. Ежегодный государственный доклад о состоянии здоровья детей в российской Федерации.

Раздел 33. Правовые основания участия гражданского общества в охране здоровья детей.

Приложение 3
Рабочая классификация контингентов детей, являющихся объектами государственной политики в области охраны здоровья детей

(по результатам контент-анализа Конвенции о правах ребенка и официальных документов Комитета по правам ребенка)

01. Здоровые дети.

02. Дети различных возрастных групп.

03. Дети-пациенты (обратившиеся за медицинской помощью или находящиеся под медицинским наблюдением).

03.01. Дети, получающие амбулаторное лечение.

03.02. Дети, получающие стационарное лечение.

03.03. Дети, получающие лечение в связи с психическими расстройствами.

03.04. Дети, получающие санаторно-курортное лечение.

03.05. Новорожденные дети в учреждениях родовспоможения.

03.06. Маловесные новорожденные дети.

03.07. Дети первого года жизни на искусственном вскармливании.

03.08. Дети, находящиеся под медицинским наблюдением в дошкольных учреждениях.

03.09. Дети, находящиеся под медицинским наблюдением в школах.

03.10. Дети, получающие медицинское лечение или хирургическую помощь без согласия родителей.

03.11. Дети, нуждающиеся в специальных продуктах питания по жизненным показаниям (в том числе при таких заболеваниях, как фенилкетонурия, муковисцидоз, галактоземия, целиакия, хроническая почечная недостаточность, пищевая аллергия и т. д.).

03.12. Дети-инвалиды.

03.13. Дети, инфицированные ВИЧ.

03.14. Дети, больные СПИД.

03.15. Дети, оставшиеся без попечения родителей и находящиеся в лечебно-профилактических учреждениях.

03.16. Дети-жертвы, нуждающиеся в физическом и психическом восстановлении и реинтеграции.

03.17. Дети с суицидальным поведением.

03.18. Дети, незаконно употребляющие наркотические средства.

03.19. Дети, незаконно употребляющие психотропные вещества.

04. Дети, подвергающиеся воздействию факторов риска заболевания.

04.01. Дети, один или оба родителей которых инфицированы ВИЧ.

04.02. Дети, один или оба родителей которых больны СПИД.

04.03. Несовершеннолетние, вступающие в половые отношения.

04.04. Дети, лишенные летнего отдыха.

04.05. Дети, проживающие в бедности.

04.06. Дети в условиях недостаточности чистой питьевой воды.

04.07. Дети в условиях загрязнения и ухудшения качества окружающей среды.

04.08. Дети, нуждающиеся в помощи и скорейшем восстановлении их индивидуальности.

04.09. Дети, курящие табак.

04.10. Дети, употребляющие алкоголь.

04.11. Дети, употребляющие другие вещества, подлежащие контролю.

04.12. Дети, вынужденные работать.

04.13. Дети, работающие на улицах.

04.14. Дети, выполняющие опасную для здоровья работу.

04.15. Дети, выполняющие работу в возрасте ниже минимального, предусмотренного в отношении права на завершение обязательного школьного образования.

04.16. Дети, выполняющие работу в неофициальном секторе, включая работу в качестве домашней прислуги, работу в сельском хозяйстве и т. п.

04.17. Безнадзорные дети.

04.18. Дети с девиантным поведением.

04.19. Дети, добровольно поступившие на военную службу.

04.20. Дети, призванные в вооруженные силы.

04.21. Дети, принимающие участие в боевых действиях (дети-солдаты).

05. Некоторые другие наиболее уязвимые группы детей.

05.01. Дети, принадлежащие к общинам этнических меньшинств.

05.02. Дети, принадлежащие к общинам коренных народов.

05.03. Дети, принадлежащие к кочевникам.

05.04. Дети, незарегистрированные в органах ЗАГС после рождения.

05.05. Дети, посещающие детские и образовательные учреждения, не отвечающие минимальным государственным нормам.

05.06. Дети – выпускники детских домов.

05.07. Несовершеннолетние безработные.

05.08. Неграмотные дети.

05.09. Дети – вынужденные переселенцы.

05.10. Дети-беженцы, в т. ч. прибывшие без родителей (без сопровождения).

05.11. Дети, просящие убежища.

05.12. Дети, проживающие на улицах.

05.13. Дети, прекратившие обязательное образование.

05.14. Дети, в отношении которых отправляется правосудие.

05.15. Дети военнослужащих, погибших при исполнении служебного долга.

05.16. Дети в семьях, где один или оба родителя безработные.

05.17. Дети, проживающие в многодетных семьях.

05.18. Дети, прекратившие образование (в том числе исключенные).

05.19. Дети, временно не посещающие школу.

05.20. Дети, благосостоянию которых нанесен любой ущерб.

05.21. Дети, лишенные эффективного доступа к услугам в области образования, профессиональной подготовки, медицинского обслуживания, восстановления здоровья, подготовки к трудовой деятельности и доступа к средствам отдыха.

06. Дети с определенным статусом по отношению к родителям.

06.01. Дети в полных семьях.

06.02. Дети в неполных семьях.

06.03. Дети, рожденные вне брака.

06.04. Дети, один или оба родителей которых являются несовершеннолетними.

06.05. Дети, временно или постоянно разлученные с родителями в наилучших интересах ребенка.

06.06. Дети, родители которых проживают раздельно и нуждающиеся в решении вопроса относительно места своего проживания.

06.07. Дети, нуждающиеся в восстановлении содержания родителями или другими лицами, несущими финансовую

ответственность за ребенка, как внутри государства, так и из-за рубежа, включая случаи раздельного проживания или развода родителей.

06.08. Дети, родители которых лишены родительских прав (ограничены в родительских правах).

06.09. Дети, родители которых признаны в судебном порядке недееспособными.

06.10. Дети, родители которых признаны в судебном порядке безвестно отсутствующими.

06.11. Дети, родители которых осуждены.

06.12. Дети, родители которых по состоянию здоровья не могут лично осуществлять их воспитание и содержание.

06.13. Дети, оставшиеся без попечения родителей и находящиеся в воспитательных учреждениях.

06.14. Дети, оставшиеся без попечения родителей и находящиеся в учреждениях социальной защиты.

06.15. Сироты при живых родителях или одном из них (социальное сиротство).

06.16. Дети, родители которых неизвестны.

06.17. Сироты, у которых умерли родители.

06.18. Дети, осиротевшие в результате смерти родителей от СПИД.

06.19. Сироты усыновленные.

06.20. Дети, переданные на усыновление в другую страну.

06.21. Сироты, проживающие в семье законных опекунов.

06.22. Сироты, переданные на воспитание (в воспитательную семью).

06.23. Сироты, устроенные в семьи на попечительство.

06.24. Сироты, устроенные в семьи под патронаж.

07. Дети, воспитанники детских домов и школ-интернатов.

08. Дети, помещенные в социально-реабилитационные учреждения (социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних, социальные приюты для детей и подростков, другие учреждения).

09. Дети, в зависимости от места жительства.

09.01. Дети, проживающие в сельской местности.

09.02. Дети, проживающие в городах.

09.03. Дети, проживающие на Севере или приравненных местностях.

10. Дети-жертвы дискриминации.

10.01. Дети-жертвы дискриминации по обстоятельствам национального или этнического происхождения.

10.02. Дети-жертвы дискриминации по обстоятельствам социального происхождения.

10.03. Дети-жертвы дискриминации по обстоятельствам имущественного положения.

10.04. Дети-жертвы дискриминации по обстоятельствам положения родителей или законных опекунов.

10.05. Дети-жертвы дискриминации по обстоятельствам состояния здоровья.

10.06. Дети-жертвы дискриминации по обстоятельствам инфицирования ВИЧ или заболевания СПИД.

10.07. Дети-жертвы дискриминации по обстоятельствам инфицирования ВИЧ или заболевания СПИД одного или обоих его родителей.

11. Дети-жертвы небрежного и жестокого обращения.

11.01. Дети-жертвы противозаконного вмешательства, повлекшего утрату ими своей индивидуальности.

11.02. Дети-жертвы произвольного или незаконного вмешательства в осуществление права ребенка на семейную жизнь.

11.03. Дети-жертвы посягательства на честь и репутацию ребенка.

11.04. Дети-жертвы пыток.

11.05. Дети-жертвы грубого обращения.

11.06. Дети-жертвы жестоких, унижающих достоинство видов обращения или наказания.

11.07. Дети-жертвы насильственных форм поддержания дисциплины.

11.08. Дети-жертвы лишения содержания родителями или другими лицами, несущими за ребенка финансовую ответственность.

11.09. Дети-жертвы отсутствия заботы со стороны родителей.

11.10. Дети-жертвы незаконного перемещения и невозвращения из-за границы.

11.11. Дети-жертвы уклонения от выплаты содержания.

11.12. Дети-жертвы физического насилия.

11.13. Дети-жертвы психологического насилия.

11.14. Дети-жертвы оскорбления.

11.15. Дети-жертвы злоупотребления (в том числе сексуального злоупотребления).

11.16. Дети-жертвы насильственных форм лечения.

11.17. Дети-жертвы насильственных форм ухода за ребенком.

11.18. Дети-жертвы традиционной практики, отрицательно влияющей на здоровье.

11.19. Дети-жертвы насилия в школе.

11.20. Дети-жертвы невежества.

11.21. Дети-жертвы экономической эксплуатации, включая

детский труд.

11.22. Дети-жертвы несоблюдения минимального возраста для приема на работу.

11.23. Дети-жертвы несоблюдения необходимых требований к продолжительности рабочего дня и условиям труда.

11.24. Дети-жертвы выполнения работы, которая служит препятствием в получении образования.

11.25. Дети-жертвы выполнения работы, нанесшей ущерб здоровью ребенка.

11.26. Дети-жертвы выполнения работы, нанесшей ущерб физическому развитию ребенка.

11.27. Дети-жертвы выполнения работы, нанесшей ущерб умственному развитию ребенка.

11.28. Дети-жертвы выполнения работы, нанесшей ущерб духовному развитию ребенка.

11.29. Дети-жертвы выполнения работы, нанесшей ущерб моральному развитию ребенка.

11.30. Дети-жертвы выполнения работы, нанесшей ущерб социальному развитию ребенка.

11.31. Дети-жертвы использования труда ребенка в противозаконном производстве наркотических и психотропных веществ.

11.32. Дети-жертвы использования труда ребенка в противозаконной торговле наркотическими и психотропными веществами.

11.33. Дети-жертвы похищения, контрабанды детей, торговли детьми.

11.34. Дети-жертвы информации и материалов, наносящих вред благополучию ребенка.

12. Дети-жертвы экологических катастроф.

12.01. Дети, подвергшиеся факторам экологических катастроф в период внутриутробного развития.

12.02. Дети, подвергшиеся воздействию неблагоприятных факторов послерождения.

12.03. Дети, проживающие в районах, пострадавших от экологических катастроф.

13. Дети-жертвы несчастного случая.

14. Дети-жертвы вооруженного конфликта.

15. Несовершеннолетние, вступившие в брак.

16. Девочки в особенно трудных условиях.

16.01. Беременные несовершеннолетние.

16.02. Несовершеннолетние матери.

Приложение 4
Источники информации, использованные для проведения исследования [73]

1. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. – М.: Медицина, 1975. – 488 с.

2. Баландье Ж. Политическая антропология. – М.: – Научный мир, 2001. – 204 с.

3. Баранов А. А. Современные проблемы педиатрии // Медицинский курьер. – 1998. – № 1. – С. 4–5.

4. Баранов А. А. Педиатрия – специальность профилактическая // Медицинский курьер. – 1999. – № 1. – С. 4–5.

5. Баранов А.А., Цыбульская И.С., Альбицкий В.Ю., Волков И.М., Шарапова Е.И. Здоровье детей России. – М.: ЗАО «Информатик», 1999. – 274 с.

6. Баранов А. А. Профилактические технологии в педиатрии: научные и практические проблемы // Педиатрия. – 2003. – № 5. – С. 4–7.

7. Баранов А. А., Лапин Ю. Е. Концепция законопроекта «Об охране здоровья детей в Российской Федерации» // Права ребенка. – 2003. – № 2. – С. 5–12.

8. Баранов А. А., Щеплягина Л. А., Ильин А. Г. Подпрограмма «здоровый ребенок федеральной программы «Дети России» // Права ребенка. – 2003. – № 1. – С. 5–9.

9. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Винярская И. В. Изучение качества жизни в медицине и педиатрии // Вопросы современной педиатрии. – 2005. – № 2. – С. 7–12.

10. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю. Сохранять ли первичную педиатрическую помощь детям? // Педиатрия. – 2005. – № 5. – С. 4–7.

11. Баранов А. А., Лапин Ю. Е., Яковлева Т. В. Актуальные вопросы законодательного обеспечения охраны здоровья детей в Российской Федерации. – М.: «4 ТЕ Арт», 2005. – 62 с.

12. Баранов А. А. Предисловие // Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы): практическое руководство: В 2 т. / Под ред. А. А. Баранова, Л. А. Щеплягиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – Т. 1. – 416 с.

13. Баранов А. А., Лапин Ю. Е. Концепция государственной

политики в области охраны здоровья детей в Российской Федерации. – М.: НЦЗД РАМН, 2009. – 20 с.

14. Барбашин И. В., Айламазян Э. К., Щепин О. П. и др. От количественной диспансеризации к государственной системе охраны и укрепления здоровья населения России // Аналитический вестник. – 2006. – № 1 (289). – 66 с.

15. Бачериков Н. Е., Петленко В. П., Щербина Е. А. Философские вопросы психиатрии. – Киев: Здоровье, 1985. – 191 с.

16. Бедность в России. Государственная политика и реакция населения. – Вашингтон: Всемирный банк, 1997. – 330 с.

17. Беккер Г. С. Экономический анализ и человеческое поведение // Thesis. – 1993. – Вып. 1. – С. 24–40.

18. Бельков О. Безопасность России: гражданская стратегия // Власть. – 2006. – № 2. – С. 3–8.

19. Бибикова Л. А., Ярилов С. В. Системная медицина, путь от проблем к решению. – СПб.: НИИ химии СПбГУ. – 2000. – 154 с.

20. Бочкарева В. К. Деятельность учреждений здравоохранения и медицинское страхование в Москве // Управление здравоохранением. – 2006. – № 3. – С. 33–48.

21. Бьеркман В. Реформы системы здравоохранения – меры, проблемы, застой // Современное здравоохранение: возможности и пределы настоящего / Под общ. ред. Н. С. Григорьевой. – М.: Издательство «Альфа-Принт», 2008. – 156 с.

22. Бюджетный кодекс Российской Федерации от 31 июля 1998 г. № 145-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1998. – № 31, ст. 3823.

23. Ваганов Н. Н. Медико-организационные аспекты стационарной помощи детям в России // Детская больница. – 2003. – № 2. – С. 3–8.

24. Вайль В. С. С. Ф. Хотовицкий. – Л.: Гос. изд. мед. литературы, 1949. – 128 с.

25. Вельтищев Ю. Е. Проблемы охраны здоровья детей России // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. – № 1. – С. 5–9.

26. Венедиктов Д. Д. Очерки современной теории и стратегии здравоохранения. – М., 2007. – 310 с.

27. Венедиктов Д. Д. К системной теории и стратегии реформирования здравоохранения // Современное здравоохранение: возможности и пределы настоящего / Под общ. ред. Н. С. Григорьевой. – М.: Издательство «Альфа-Принт», 2008. – С. 93–105.

28. Вернадский В. И. Размышления натуралиста. Книга вторая. – М.: Наука. – 1977. – 192 с.

29. Вернадский В. И. Биосфера и ноосфера. Предисловие Р. К. Баландина. – М.: Айрис-пресс, 2004. – 576 с.

30. Владимиров Ю. А. Не остается ничего, как приспособиться к новым условия // Медицинский курьер. – 1998, – № 3–4 (10). – С. 8.

31. Воронцов И. М. Путь к здоровью нации – культивирование детства // Медицинский курьер. – 1998. – № 1. – С. 6–7.

32. Восьмой Ежегодный государственный доклад «О положении детей в Российской Федерации. 2001 год». – М.: Издательский дом «РЕАТЕ», 2001. – 160 с.

33. Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей // Положение детей в мире, 1991 год. Женева: ЮНИСЕФ. – С. 51–56.

34. Выступление В. В. Путина при представлении ежегодного Послания Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации 8 июля 2000 г. «Какую Россию мы строим» // Российская газета. – 2000. – 11 июля.

35. Герасименко Н. Ф. Формирование законодательной базы в области охраны здоровья в Российской Федерации (1991–2001 гг.) // Охрана материнства и детства в России и Великобритании: междисциплинарный подход / Отв. ред. Н. С. Григорьева. – М.: Медицина, 2002. – С. 15–21.

36. Герасименко Н. Ф. Состояние и перспективы правового регулирования охраны здоровья населения Российской Федерации // Здравоохранение Российской Федерации. – 2003. – № 2. – С. 3–6.

37. Герасименко Н. Ф., Александрова О. Ю., Григорьев И. Ю. Охрана здоровья населения в правовой системе Российской Федерации // Здравоохранение Российской Федерации. – 2004. – № 2. – С. 23–27.

38. Герасименко Н. Ф., Александрова О. Ю., Григорьев И. Ю. Законодательство в сфере охраны здоровья граждан / Под общ. ред. д-ра мед. наук, академика РАМН В. И. Стародубова. – М.: МЦФЭР, 2005. – 320 с.

39. Герасименко Н. Ф., Александрова О. Ю. Новое в российском законодательстве в сфере охраны здоровья // Здравоохранение Российской Федерации. – 2005. – № 2. – С. 18–27.

40. Герасимов И. Г. Структура научного исследования (Философский анализ познавательной деятельности в науке). – М.: Мысль, 1985. – 218 с.

41. Горский Д. П. Определения, их виды и правила // Логика научного познания (Актуальные проблемы). – М.: Наука, 1987. – С. 140–158.

42. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1998 году. – М.: «Синергия», 1999. – 100 с.

43. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2000 году. – М.: ГЭОТАР – МЕД, 2001. – С. 4.

44. Государственная политика и управление. Учебник: В 2 ч. Часть I. Концепции и проблемы государственной политики и управления / Под ред. Л. В. Сморгунова. – М: «Российская политическая энциклопедия», 2006. – 384 с.

45. Государственное регулирование рыночной экономики: Учебник. Изд. 2-е, перераб и доп. – Изд-во РАГС, 2002. – 832 с.

46. Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. Здоровье матери и ребенка: социально-демографические аспекты // Охрана материнства и детства в России и Великобритании: междисциплинарный подход / Отв. ред. Н. С. Григорьева. – М.: Медицина, 2002. – 224 с.

47. Данилин В. Я. Критика антропоморфизма в биологии / Система. Симметрия. Гармония / Под ред. В. С. Тюхтина, Ю. А. Урманцева. – М.: Мысль, 1988. – 315 с.

48. Давыдовский И. В. Проблемы причинности в медицине (этиология). – М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1962. – 176 с.

49. Дети России на пороге XXI века. Независимый доклад Российского детского фонда о положении детей и реализации Конвенции о правах ребенка в Российской Федерации / Под общ. ред. А. А. Лиханова // Дитя человеческое. – Специальный выпуск. – 2000. – № 4–6. – 64 с.

50. Дети России: 2000–2001 гг. – М.: Изд. НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко, 2003. – 90 с.

51. Доклад Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об итогах работы органов и учреждений здравоохранения в 2001 году и задачах по совершенствованию медицинской помощи населению в соответствии с Программой социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2002–2004 годы)». – М.: ФГУП «Медсервис», 2002. – 176 с.

52. Доклад Министерства здравоохранения Российской Федерации «О состоянии здоровья детей в Российской Федерации» (по данным Всероссийской диспансеризации 2002 г.).

53. Доклад Министра здравоохранения Российской Федерации Ю. Л. Шевченко на IV (XX) Всероссийском Пироговском съезде врачей, 6–9 июня 2001 года.

54. Доклад о деятельности Уполномоченного по правам ребенка в городе Москве А. Головани о соблюдении и защите прав, свобод и законных интересов ребенка в 2006 году.

55. Доклад о развитии человека за 1999 год. – Нью-Йорк – Оксфорд, ПРООН, 1999. – 277 с.

56. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2003 год. Формирование будущего. Обзор. – Женева: ВОЗ, 2004. – 16 с.

57. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2005 г. – Женева: ВОЗ, 2005. – 264 с.

58. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008. Первичная медико-санитарная помощь – сегодня актуальнее, чем когда-либо. – Женева: ВОЗ, 2008. – 152 с.

59. Доклад совместной Миссии ЮНИСЕФ/ВОЗ с участием ЮНФПА, ПРООН, и МПП 17 февраля – 2 марта 1992 г. – 94 с.

60. Руководство по форме и содержанию периодических докладов, которые должны представляться государствами-участниками в соответствии с пунктом 1 b) статьи 44 Конвенции // Периодический доклад о реализации Российской Федерацией Конвенции о правах ребенка в 1993–1997 годах. – М.: «Синергия», 2000. – С. 209–244.

61. Дороговцев М. Ф. Трудности российской политической социологии // Социологические исследования. – 1999. – № 9. – С. 107–110.

62. Доскин В. А., Макарова З. С. Многофакторная оценка состояния здоровья детей раннего возраста // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2006. – № 6. – С. 30–37.

63. Ежегодный государственный доклад «О положении детей в Российской Федерации. 1997 год» – М.: «Синергия», 1998. – 112 с.

64. Еллинек Г. Общее учение о государстве. – СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс», 2004. – 752 с.

65. Ермаков В. Д., Крылова А. С., Лапин Ю. Е., Рыбинский Е. М. Конвенция о правах ребенка и реальности детства в России. (Материалы первоначального доклада Российской Федерации Комитету по правам ребенка). – М.: Информпечать, 1993. – 72 с.

66. Журавлева И. В. Здоровье подростков: социологический анализ. – М.: Издательство Института социологии РАН, 2002. – 240 с.

67. Заключительные замечания Комитета по правам ребенка: Российская Федерация. – Женева: ЮНИСЕФ, 2005. – С. 6–51.

68. Закон г. Москвы от 5 ноября 1997 г. № 46 «О защите населения и территорий города от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера».

69. Закон г. Москвы от 7 апреля 1999 г. № 16 «О

профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в городе Москве».

70. Закон г. Москвы от 20 июня 2001 г. № 25 «О развитии образования в городе Москве».

71. Закон г. Москвы от 9 октября 2002 г. № 51 «О бюджетном устройстве и бюджетном процессе в городе Москве».

72. Закон г. Москвы от 28 января 2004 г. № 4 «О молодежи».

73. Закон Российской Федерации от 15 мая 1991 г. № 1244–1 «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» // Ведомости Съезда народных депутатов РСФСР и Верховного Совета РСФСР. – 1991. – № 21. – Ст. 699.

74. Закон Российской Федерации от 28 июня 1991 г. № 1499-I «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» // Ведомости Совета народных депутатов и Верховного Совета РСФСР. – 1991. – № 27. – Ст. 920.

75. Закон Российской Федерации от 25 октября 1991 г. № 1807-I «О языках народов Российской Федерации» // Ведомости Съезда народных депутатов РСФСР и Верховного Совета РСФСР. – 1991. – № 50. – Ст. 1740.

76. Закон Российской Федерации от 7 февраля 1992 г. № 2300-I «О защите прав потребителей» // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации. – 1992. – № 15. – Ст. 766.

77. Закон Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185–I «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // Ведомости Совета народных депутатов и Верховного Совета Российской Федерации. – 1992. – № 33. – Ст. 1913.

78. Закон Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266–1 «Об образовании» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1996. – № 35. – Ст. 4135.

79. Закон Российской Федерации от 19 февраля 1993 г. № 4530-I «О вынужденных переселенцах» // Ведомости Российской Федерации. – 1993. – № 12. – Ст. 427.

80. Закон Российской Федерации от 9 октября 1992 г. № 3612-I «Основы законодательства Российской Федерации о культуре» // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации. – 1992. – № 46. – Ст. 2615.

81. Закон Российской Федерации от 9 июня 1993 г. № 5142-I «О донорстве крови и ее компонентов» // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации. – 1993. – № 28. – Ст. 1065.

82. Заславская Т. И. Социальная трансформация российского

общества: Деятельностно-структурная концепция. – М.: Дело, 2002. – 568 с.

83. Заславская Т. И. Современное российское общество: социальный механизм трансформации. Учеб. пособие. – М.: Дело, 2004. – С. 287.

84. Здоровье и образование детей – основа устойчивого развития российского общества и государства: научная сессия академий, имеющих государственный статус, Москва, 5–6 октября, 2006 г. – М.: Наука, 2007. – 260 с.

85. Зорин В. Ю., Хабриева Т. А. Государственная национальная политика Российской Федерации: проблемы реализации и совершенствования // Журнал российского права. – 2003. – № 8. – С. 30–40.

86. Карелова Г. Н. Разработан новый двухлетний план улучшения положения детей в России // Права ребенка. – 2001. – № 2. – С. 22–23.

87. Кац Г. М. Логико-методологический аспект анализа социальных явлений / Под ред. Урсул Д. Т. – Кишинев: Штиинца, 1986. – С. 138–139.

88. Конвенции и рекомендации, принятые Международной конфедерацией Труда, 1919–1956. Т. I. – Женева: Международное Бюро Труда, 1991. – С. 1–1160.

89. Конвенции и рекомендации, принятые Международной Конфедерацией Труда, 1957–1990. Т.II. – Женева: Международное Бюро Труда, 1991. – С. 1161–2248.

90. Конвенция о правах ребенка // Права ребенка: основные международные документы. – М.: «Дом», 1992. – С. 15–33.

91. Конвенция о правах ребенка и законодательство Российской Федерации: Справочник. – 3-е изд., доп. и перераб. – М.: Гос. НИИ семьи и воспитания, 2004. – 336 с.

92. Конституция Российской Федерации. – М.: Юридическая литература, 1997. – 63 с.

93. Концепция внешней политики Российской Федерации // Российская газета. – 2008. – 26 мая.

94. Концепция государственной политики развития курортного дела в Российской Федерации // Курортные ведомости. – 2003. – № 5. – С. 6–8.

95. Концепция демографического развития Российской Федерации на период до 2015 года, утвержденная Распоряжением Правительства Российской Федерации от 24.09.2001 г. № 1270-р // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2001. – № 40. – Ст. 3873.

96. Концепция национальной безопасности Российской Федерации, утвержденная Указом Президента Российской

Федерации от 17 декабря 1997 г. № 1300. (В редакции Указа Президента Российской Федерации от 10 января 2000 г. № 24) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1997. – № 52. – Ст. 5909.

97. Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года, одобренная распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2000 г. № 1202-р // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2000. – № 37. – Ст. 3734.

98. Косова О. Ю. Конвенция о правах ребенка и право ребенка на содержание // Защита прав ребенка в современной России (материалы научно-практической конференции) / Под ред. А. М. Нечаевой. – М.: Институт государства и права РАН, 2004. – С. 32.

99. Кравчук Н. В. Конвенция о правах ребенка ООН как инструмент защиты семейных прав ребенка в России // Государство и право. – 2006. – № 4. – С. 48–53.

100. Кругликов Р. И. Отражение и время // Вопросы философии. – 1983. – № 9. – С. 2–28.

101. Кураев В. И., Лазарев Ф. В. Точность, истинность и рост научного знания. – М.: Наука, 1988. – 240 с.

102. Курносов Ю. В., Конотопов П. Ю. Аналитика: методология, технология и организация информационно-аналитической работы. – М.: РУСАКИ, 2004. – 512 с.

103. Лакунин К. Ю. К вопросу о необходимости проведения медико-социального аудита // Экономика здравоохранения. – 1999. – № 11–12. – С. 31–32.

104. Лапин Ю. Е. Моральные и законодательные основы защиты интересов ребенка в кризисном обществе // Конвенция о правах ребенка: теоретико-прикладные проблемы реализации // Сборник тезисов научного семинара 19–20 февраля 1993 г. – М.: Институт молодежи, 1993. – С. 31–33.

105. Линг Т. Доступность и эффективность работы служб охраны здоровья детей в Великобритании // Охрана материнства и детства в России и Великобритании: междисциплинарный подход / Отв. ред. Н. С. Григорьева. – М.: Медицина, 2002. – С. 113–131.

106. Лисицын Ю. П. О создании общей теории медицины и ее значение для здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. – 1985. – № 10. – С. 3.

107. Лисицын Ю. П., Петленко В. П. Детерминационная теория медицины: доктрина адаптивного реагирования. – СПб: Гиппократ, 1992. – 416 с.

108. Макаров В., Якунин В., Бахтизин А., Сулакшин С. Прогнозирование последствий проектируемых государственных

политик // Власть. – 2006. – № 6. – С. 39–49.

109. Максимова Т. М. Социальный градиент в формировании здоровья детей // Здравоохранение Российской Федерации. – 2003. – № 2. – С. 43–47.

110. Материалы к общественным слушаниям на тему «Концепция развития здравоохранения на десять лет», 13 декабря 2007 года / Комиссия общественной палаты Российской Федерации по вопросам здравоохранения. – М., 2007. – 206 с.

111. Матузов Н. И. Понятие и основные приоритеты российской правовой политики // Правоведение. – 1997. – № 4. – С. 6–17.

112. Медик В. А., Котова Т. Е., Сеченова Л. В. Особенности состояния здоровья детей (по результатам Всероссийской диспансеризации) // Здравоохранение Российской Федерации. – 2004. – № 2. – С. 46–49.

113. Медико-социальные показатели деятельности службы семьи, материнства и детства в 2004 году. – М.: ВК «МЕТКОМЦЕНТР», 2005. – 112 с.

114. Международные акты о правах человека. Сборник документов. – М.: Издательская группа «НОРМА – ИНФРА», 1998. – 784 с.

115. Мерлин В. С. Очерк интегрального исследования индивидуальности. – М.: Педагогика, 1986. – 254 с.

116. Методические рекомендации Федерального фонда ОМС «Обеспечение права граждан на соблюдение конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью и связанных с этим сведениях, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него», утвержденные Федеральным фондом ОМС 27 октября 1999 г.

117. Муромцев Г. И. Правовая политика: специфика понятия и ее преломление в постсоветской России // Правовая политика и пути совершенствования правотворческой деятельности в Российской Федерации: Монография / Под ред. Н. С. Соколовой. – М.: Изд-во РУДН, 2006. – С. 7–68.

118. Назаретян А. П. Политическая психология: предмет, концептуальные основания, задачи // Общественные науки и современность. – 1998. – № 1. – С. 154–162.

119. Нарциссов Р. П. Диагностические и прогностические возможности клинической цитохимии в педиатрии. Актовая речь на торжественном собрании, посвященном 75-летию Института педиатрии РАМН. – М., 1997. – 45 с.

120. Новоселов М. М. Абстракция и научный метод // Логика научного познания (Актуальные проблемы). – М.: Наука, 1987. – С. 30–56.

121. Обращение Московской городской Думы от 19 апреля 2006 г. № 7 «Об основных направлениях государственной социальной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации на период до 2010 года».

122. Общая и прикладная политология. Учебное пособие / Под общей ред. В. И. Жукова, Б. И. Краснова. – М.: Союз, 1997. – 992 с.

123. О положении детей в Российской Федерации, 1994 год. Государственный доклад / Под общ. ред. Безлепкиной Л. Ф.; М-во соц. защиты населения РФ; НИИ детства Рос. дет. фонда (РДФ). – М.: «Синергия», 1995. – 100 с.

124. О положении детей в Российской Федерации, 1995 год. Ежегодный государственный доклад / Рук. авт. кол.: Феоктистова Е. Н., Рыбинский Е. М. – М.: «Синергия», 1997. – 116 с.

125. О положении детей в Российской Федерации, 2000 год. Ежегодный государственный доклад. – М.: «Синергия», 2000. – 108 с.

126. О положении детей в Российской Федерации. Государственный доклад. – М.: Пульс, 2008. – 156 с.

127. Определение Конституционного Суда Российской Федерации от 2 октября 2003 г. № 382-О «По запросу группы депутатов Государственной Думы о проверке конституционности положений статей 8, 15 и 17 Федерального закона «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей»» // Вестник Конституционного Суда РФ. – 2004. – № 1.

128. Основные направления государственной молодежной политики в Российской Федерации, одобренные Постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 3 июня 1993 г. № 5090-I // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации. – 1993. – № 25. – Ст. 903.

129. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487–1 // Ведомости Совета народных депутатов и Верховного Совета Российской Федерации. – 1993. – № 33. – Ст. 1318.

130. Основные направления государственной социальной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации до 2000 года (Национальный план действий в интересах детей), утвержденные Указом Президента Российской Федерации от 14 сентября 1995 г. № 942 // Сборник нормативных актов. – М.: «Синергия», 1995. – 164 с.

131. Отраслевая программа «Управление качеством в здравоохранении на 2003–2007 годы», утвержденная Министерством здравоохранения Российской Федерации 23

апреля 2003 г.

132. Отраслевой классификатор «Простые медицинские услуги» 91500.09.0001–2001, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 апреля 2001 г. – № 113.

133. Петров В. В. Научные термины: новые аспекты анализа. Логика научного познания (Актуальные проблемы). – М.: Наука, 1987. – С. 172–179.

134. Пищита А. Н. Защита прав пациентов в России: досудебные способы // Государство и право. – 2006. – № 5. – С. 91–97.

135. План действий по осуществлению Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-е годы. Положение детей в мире, 1991 год. Женева: ЮНИСЕФ. – С. 57–74.

136. План действий Правительства Российской Федерации в области социальной политики и модернизации экономики на 2000–2001 годы, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 июля 2000 г. № 1072-р // Собрание законодательства Российской Федерации – 2000. – № 33. – Ст. 3414.

137. План действий по улучшению положения детей в Российской Федерации на 2001–2002 гг., утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 21 августа 2001 г. № 1090-р // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2001. – № 36. – Ст. 3600.

138. План действий Правительства Российской Федерации на 2003 год по реализации основных направлений социально-экономического развития Российской Федерации, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 февраля 2003 г. № 252-р // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2003. – № 10. – Ст. 922.

139. Положение детей в мире. – Нью-Йорк: ЮНИСЕФ, 2002. – 100 с.

140. Положение детей в России (социальный портрет), 1992 / Под ред. Лиханова А. А., Рыбинского Е.М. НИИ детства Рос дет. фонда. – М.: Дом, 1993. – 96 с.

141. Положение детей в Российской Федерации. Государственный ежегодный доклад. 1993 год / Под общ. ред. Безлепкиной Л. Ф., Лиханова А.А. – М.: Дом, 1994. – 120 с.

142. Положение о Координационном совете по охране прав детства при Правительстве Москвы, утвержденное Распоряжением Премьера Правительства Москвы от 31 декабря 1998 г. № 1493-РП «О Координационном совете по охране прав детства при

Правительстве Москвы».

143. Положение о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденное Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 321 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации» // Российская газета. – 2004. – 8 июля.

144. Послание Президента Российской Федерации Б. Н. Ельцина Федеральному Собранию от 30 марта 1999 г. «Россия на рубеже эпох» (О положении в стране и основных направлениях политики Российской Федерации) // Российская газета. – 1999. – 31 марта.

145. Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации «Не будет ни революций, ни контрреволюций» // Российская газета. – 2001. – 3 апреля.

146. Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию // Российская газета. – 2002. — 19 апреля.

147. Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию // Российская газета. – 2007. — 27 апреля.

148. Постановление Верховного Совета РСФСР от 1 ноября 1990 г. № 298/3–1 «О неотложных мерах по улучшению положения женщин, семьи, охраны материнства и детства на селе» // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации. – 1992. – № 17.

149. Постановление Верховного Совета РСФСР от 1 ноября 1990 года № 298/4–1 «О создании индустрии детского питания в РСФСР» // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации. – 1992. – № 18.

150. Постановление Верховного Совета Российской Федерации от 18 июня 1993 года № 5214–1 «О ходе выполнения постановления Верховного Совета РСФСР «О создании индустрии детского питания в РСФСР»» // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации. – 1993. – № 27.

151. Постановление Государственной Думы от 5 декабря 1996 года № 881-II ГД «О социальной защите и поддержке семьи, детей и молодежи» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1996. – № 51. – Ст. 5754.

152. Постановление Государственной Думы от 31 октября

1997 г. № 1865-II «Об обращении Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации «К Президенту Российской Федерации Б. Н. Ельцину»» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1997. – № 45. – Ст. 5160.

153. Постановление Государственной Думы от 22 мая 1998 года № 2497-II ГД «О реализации Федерального закона «О внесении дополнений в Федеральный закон «О федеральном бюджете на 1996 год» в части финансирования расходов на санаторно-курортное лечение и отдых детей // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1998. – № 23. – Ст. 2495.

154. Постановление Государственной Думы от 9 сентября 1998 года № 2941-II ГД «Об обращении Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации «К Президенту Российской Федерации Б. Н. Ельцину о необходимости принятия чрезвычайных мер по спасению детей России от голода»» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1998. – № 38. – Ст. 4752.

155. Постановление Государственной Думы от 5 ноября 1998 года № 3201-II ГД «Об итогах выполнения федеральной программы «Дети России» в 1995–1998 годах и о потребностях в ее финансировании в 1999–2000 годах» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1998. – № 48. – Ст. 5870.

156. Постановление Государственной Думы Российской Федерации от 5 ноября 1998 г. № 3203-II ГД «Об обращении Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации «К Президенту Российской Федерации в связи с принятием Всемирной декларации по здравоохранению»» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1998. – № 48. – Ст. 5871.

157. Постановление Государственной Думы от 9 декабря 1998 года № 3344-II ГД «О необходимости усиления мер по социально-правовой защите детей и молодежи» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1998. – № 52. – Ст. 6356.

158. Постановление Государственной Думы от 16 декабря 1998 года № 3384-II ГД «О неотложных мерах по предупреждению распространения в России наркомании и токсикомании среди детей и молодежи» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1998. – № 52. – Ст. 6374.

159. Постановление Конституционного Суда Российской Федерации от 16 декабря 1997 г. № 20-П «По делу о проверке

конституционности положения абзаца шестого пункта 1 статьи 28 Закона Российской Федерации от 19 апреля 1991 года «О занятости населения в Российской Федерации» в редакции от 20 апреля 1996 года»» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1997. – № 51. – Ст. 5878.

160. Постановление Правительства Москвы от 8 июля 1997 г. № 504 «О состоянии и перспективах лекарственного обеспечения населения и лечебно-профилактических учреждений г. Москвы».

161. Постановление Правительства Москвы от 6 февраля 2001 г. № 126-ПП «О Плане мероприятий по улучшению положения детей в Москве на 2001–2002 годы».

162. Постановление Правительства Москвы от 24 июля 2001 г. № 682-ПП «Об итогах проведения целевой диспансеризации населения г. Москвы в 1998–2001 гг. и программе Комитета здравоохранения Москвы «Целевая диспансеризация населения г. Москвы на 2002–2004 гг.»

163. Постановление Правительства Москвы от 22 января 2002 г. № 62-ПП «О выполнении Программы обеспечения медицинской помощью населения г. Москвы на 2000–2001 гг. и мерах по охране здоровья москвичей в 2002–2003 гг.».

164. Постановление Правительства Москвы от 22 января 2002 г. № 65-ПП «Об итогах реализации мероприятий по социальной защите москвичей в 2001 году и Комплексной программе мер социальной защиты жителей Москвы на 2002 год».

165. Постановление Правительства Москвы от 18 июня 2002 г. № 459-ПП «О Комплексной городской программе по профилактике детской беспризорности и безнадзорности на 2002–2003 годы».

166. Постановление Правительства Москвы от 29 июля 2003 г. № 605-ПП «О дополнительных мерах по предотвращению распространения ВИЧ-инфекции в городе Москве в 2003 году и программе на 2004–2006 годы».

167. Постановление Правительства Москвы от 15 марта 2005 г. № 127-ПП «О реорганизации Главного управления по делам гражданской обороны и чрезвычайным ситуациям города Москвы».

168. Постановление Правительства Российской Федерации от 9 ноября 1993 г. № 909 «О федеральной программе «Дети России»» // Российская газета. – 1993. – 22 сентября.

169. Постановление Правительства Российской Федерации от 31 января 1994 г. № 69 «О порядке разработки и структуре Национального плана действий в интересах детей Российской Федерации до 2000 года» // Собрание актов Президента и Правительства Российской Федерации. – 1994. – № 6. – Ст. 459.

170. Постановление Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» // Российская газета. – 1994. – 10 августа.

171. Постановление Правительства Российской Федерации от 24 апреля 1995 г. № 405 «О мерах по организации отдыха, оздоровления, занятости детей и подростков в 1995 году» // Российская газета. – 1995. – 7 мая.

172. Постановление Правительства Российской Федерации от 8 января 1996 г. № 6 «О концепции улучшения положения женщин в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1996. – № 3. – Ст. 185.

173. Постановление Правительства Российской Федерации от 13 января 1996 г. № 28 «О плане действий по улучшению положения детей в Российской Федерации на 1995–1997 годы» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1996. – № 3. – Ст. 195.

174. Постановление Правительства Российской Федерации от 29 августа 1996 г. № 1032 «Об утверждении национального плана действий по улучшению положения женщин и повышению их роли в обществе до 2000 года» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1996 г. – № 37. – Ст. 4300.

175. Постановление Правительства Российской Федерации от 26 февраля 1997 г. № 222 «О Программе социальных реформ в Российской Федерации на период 1996–2000 годов» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1997. – № 10. – Ст. 1173.

176. Постановление Правительства Российской Федерации от 31 марта 1997 г. № 360 «Об утверждении Программы Правительства Российской Федерации «Структурная перестройка и экономический рост в 1997–2000 годах»» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1997. – № 19.

177. Постановление Правительства Российской Федерации от 13 августа 1997 г. № 1005 «Об упорядочении бесплатного обеспечения детей первого – второго года жизни специальными молочными продуктами детского питания» // Российская газета. – 1997. – 20 августа.

178. Постановление Правительства Российской Федерации от 19 сентября 1997 года № 1207 «О федеральных целевых программах по улучшению положения детей в Российской Федерации на 1998–2000 годы» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1997. – № 41. – Ст. 4706.

179. Постановление Правительства Российской Федерации от 5 ноября 1997 г. № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» // Российская газета. – 1997. – 19 ноября.

180. Постановление Правительства Российской Федерации от 18 декабря 1997 г. № 1565 «О Плане действий по улучшению положения детей в Российской Федерации на 1998–2000 годы» // Российская газета. – 1998. – 23 января.

181. Постановление Правительства Российской Федерации от 10 августа 1998 г. № 917 «О Концепции государственной политики в области здорового питания населения Российской Федерации на период до 2005 года» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1998. – № 34. – Ст. 4083.

182. Постановление Правительства Российской Федерации от 11 сентября 1998 г. № 1096 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1998. – № 38. – Ст. 4811.

183. Постановление Правительства Российской Федерации от 8 октября 1998 г. № 1174 «О Межведомственной комиссии по координации работ, связанных с выполнением в Российской Федерации Конвенции ООН о правах ребенка и Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1998. – № 41, ст. 5034.

184. Постановление Правительства Российской Федерации от 22 сентября 1999 г. № 1083 «О внесении изменений и дополнений в Национальный план действий по улучшению положения женщин и повышению их роли в обществе до 2000 года» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1999. – № 40. – Ст. 4860.

185. Постановление Правительства Российской Федерации от 2 ноября 2000 г. № 839 «Об утверждении Правил разработки и распространения государственного доклада о положении детей в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2000. – № 45. – Ст. 4488.

186. Постановление Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2000 г. № 1015 «О федеральной целевой программе «Молодежь России (2001–2005 годы)»» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2001. – № 2. – Ст. 172.

187. Постановление Правительства Российской Федерации от 17 июля 2001 г. № 540 «О федеральной целевой программе

«Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации»» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2001. – № 31. – Ст. 3280.

188. Постановление Правительства Российской Федерации от 24 июля 2001 г. № 550 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» // Российская газета. – 2001. – 1 августа.

189. Постановление Правительства Российской Федерации от 13 ноября 2001 г. № 790 «О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» (2002–2006 годы)» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2001. – № 49. – Ст. 4620.

190. Постановление Правительства Российской Федерации от 3 октября 2002 г. № 732 «О федеральной целевой программе «Дети России» на 2003–2006 годы» // Российская газета. – 2002. – 16 октября.

191. Постановление Правительства Российской Федерации от 6 апреля 2004 г. № 153 «Вопросы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2004. – № 15. – Ст. 1445.

192. Постановление Правительства Российской Федерации от 21 марта 2007 г. № 172 «О федеральной целевой программе «Дети России» на 2007–2010 годы» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2007. – № 14. – Ст. 1688.

193. Постановление Правительства Российской Федерации от 2 июня 2008 г. № 423 «О некоторых вопросах деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федерального медико-биологического агентства» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2008. – № 23. – Ст. 2713.

194. Постановление Президиума Верховного Совета Российской Федерации от 8 февраля 1993 года № 4435–1 «О включении Государственной программы «Дети России» в перечень федеральных целевых программ» // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации. – 1993. – № 8. – Ст. 315.

195. Постановление Совета Министров РСФСР от 31 января 1991 г. № 70 «О Государственной программе развития индустрии детского питания в РСФСР».

196. Постановление Совета Министров РСФСР от 15 мая 1991 г. № 261 «О дополнительных мерах по социальной защите детей и учащейся молодежи».

197. Постановление Совета Министров РСФСР и Совета

Федерации Независимых Профессиональных Союзов РСФСР от 18 апреля 1991 г. № 216 «О неотложных мерах по организации летнего отдыха детей и подростков в 1991 году».

198. Постановление Совета Министров – Правительства Российской Федерации от 23 августа 1993 г. № 848 «О реализации Конвенции ООН о правах ребенка и Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей» // Собрание актов Президента и Правительства Российской Федерации. – 1993. – № 35. – Ст. 3318.

199. Постановление Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации от 8 августа 1996 г. № 327-СФ «О законодательном обеспечении экономической безопасности Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1996. – № 34. – Ст. 4060.

200. Постановление Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации от 30 января 2002 г. № 33-СФ «О Регламенте Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2002. – № 7. – Ст. 635.

201. Постановление XIV (77) сессии Общего собрания Российской академии медицинских наук «Научные основы охраны здоровья детей» // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2005. – № 8. – С. 50–53.

202. Декларация прав ребенка // Права ребенка: основные международные документы. – М.: Дом, 1992. – С. 12–14.

203. Правовое регулирование как социальный процесс / Г. В. Мальцев // Правовая политика и пути совершенствования правотворческой деятельности в Российской Федерации: Монография / Под ред. Н. С. Соколовой. – М.: Изд-во РУДН, 2006. – С. 188–254.

204. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 декабря 1997 г. № 374 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации».

205. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации и Российской академии медицинских наук от 26 января 2000 г. № 31/8 «О проведении совещания по подготовке предложений к проекту Основных направлений государственной политики в развитии здравоохранения Российской Федерации в 2000–2010 годах».

206. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации и Российской академии медицинских наук от 28 февраля 2000 г. № 70/14 «О повышении эффективности использования финансовых средств в учреждениях

здравоохранения федерального подчинения».

207. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2003 г. № 113 «Об утверждении Концепции охраны здоровья здоровых в Российской Федерации».

208. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2003 г. № 114 ««Об утверждении отраслевой программы «Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003–2010 годы»».

209. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации и Российской академии медицинских наук от 24 октября 2003 г. № 506/92 «Об утверждении программы «О мерах по улучшению состояния здоровья детей Российской Федерации на 2004–2010 гг.» (по итогам Всероссийской диспансеризации детей 2002 г.)».

210. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 ноября 1997 г. № 328 «Об осуществлении проектов Среднесрочной программы сотрудничества Минздрава России с ЕРБ ВОЗ на 1998–1999 гг.».

211. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 мая 1999 г. № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста».

212. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июня 1999 г. № 211 «Об организации информационного обеспечения проведения единой государственной политики в области здравоохранения».

213. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2002 г. № 81 «О проведении Всероссийской диспансеризации детей в 2002 году».

214. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 марта 2002 г. № 98 «Об отраслевой программе «Реорганизация сети психиатрической помощи в Российской Федерации (2003–2008 годы)».

215. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 350 от 20 ноября 2002 г. «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации».

216. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 января 2005 г. № 84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)».

217. Приказ МЧС Российской Федерации от 1 октября 2004 г. № 458 «Об утверждении Положения о территориальном органе Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий

стихийных бедствий – региональном центре по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий».

218. Программа социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2002–2004 годы), утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 10 июля 2001 г. № 910-р // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2001. – № 31. – Ст. 3295.

219. Программа социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2006–2008 годы), утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 19 января 2006 г. № 38-р // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2006. – № 5. – Ст. 589.

220. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 декабря 2006 г. № 1760-р «Об утверждении Стратегии государственной молодежной политики в Российской Федерации».

221. Распоряжение Президента Российской Федерации № 41-Рп от 29 января 1992 г. «О Координационном комитете по вопросам семьи, материнства и детства при Президенте Российской Федерации».

222. Режабек Е. Я. К вопросу о диалектике саморазвития // Философские науки. – 1984. – № 1. – С. 38–45.

223. Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН от 10 мая 2002 г. № S-27/2 «Мир, пригодный для жизни детей».

224. Резолюция XVI съезда педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» // Российский педиатрический журнал. – 2009. – № 3. – С. 59–61.

225. Рекомендации участников «круглого стола» на тему «Законодательные аспекты охраны здоровья детей». Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации, 24 мая 2005 года.

226. Реформы здравоохранения в Европе. Резюме. – Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1996. – 42 с.

227. Решение коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации, Минтруда Российской Федерации, Минобразования Российской Федерации от 11 апреля 2000 г., протокол № 7 «О проекте концепции охраны репродуктивного здоровья населения России на 2000–2004 годы и плане мероприятий по ее реализации».

228. Решение коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20–21 марта 2001 г. «О ходе реализации Концепции развития здравоохранения и медицинской

науки, задачах на 2001–2005 годы и на период до 2010 года» (протокол № 6).

229. Решение коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации и президиума Российской академии медицинских наук от 7 августа 2001 г. «О Государственном докладе «О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2000 году»» (протокол № 14).

230. Решение коллегии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 февраля 2005 года «О проекте Концепции охраны здоровья детей в Российской Федерации до 2010 года и Плане мероприятий по ее реализации».

231. Решетников А. В. Социология медицины (введение в научную дисциплину). – М.: Медицина, 2002. – 976 с.

232. Римашевская Н. Семья и дети в условиях транзитивной экономики // Социальный капитал и социальное расслоение в современной России / Под ред. Дж. Л. Твигг и К. Шектер. – М.: Альпина паблишер, 2003. – С. 93–118.

233. Родос Л. С. Способ данности объекта исследования и рефлексия // Проблемы рефлексии. Современные комплексные исследования. – Новосибирск: Наука, 1987. – С. 27–32.

234. Роуз Р. Социальные потрясения, социальная уверенность и здоровье // Социальный капитал и социальное расслоение в современной России / Под ред. Дж. Л. Твигг и К. Шектер. – М.: Альпина паблишер, 2003. – С. 119–143.

235. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения: в 2 т. / Под ред. Ю. П. Лисицына. – М.: Медицина, 1987. – Т. 1. – 432 с.

236. Рыбинский Е. М. Детство как социальный феномен. – М.: НИИ детства РДФ, 1998. – 112 с.

237. Самэл К. Европейские социальные права: принципы, приоритеты, проблемы реализации // Государственная служба за рубежом. Приоритеты социальной политики // Реферативный бюллетень. – 2001. – № 5. – С. 121–125.

238. Семейный кодекс Российской Федерации. – М.: «Спарк», 1998. – 75 с.

239. Смирнов С. Н., Сидорина Т. Ю. Социальная политика: Учебное пособие. – М.: Издательский дом ГУ ВШЭ, 2004. – 432 с.

240. Соглашение от 12 января 1996 г. № 5 между Правительством Российской Федерации и Правительством Свердловской области о разграничении полномочий в сфере здравоохранения.

241. Соглашение от 29 мая 1996 г. № 10 между Правительством Российской Федерации и администрацией Ростовской области о разграничении предметов ведения и

полномочий в сфере здравоохранения.

242. Соглашение от 18 сентября 1997 г. № 13 между Правительством Российской Федерации и администрацией Вологодской области о разграничении полномочий в сфере здравоохранения.

243. Софинский В. Н. Всеобщей декларации прав человека – 50 лет // Московский журнал международного права. Специальный выпуск. – 1998. – С. 12–41.

244. Социальная политика. Учебник / Под общ. ред. Волгина Н. А. – М.: Издательство РАГС, 2003. – 584 с.

245. Социальные стандарты качества жизни: Сборник статей / Под общ. ред. А. В. Очировой, В. Н. Бобкова, Н. С. Григорьевой. – М.: МАКС Пресс, 2008. – 232 с.

246. Справочник по охране материнства и детства. – М.: Издательство ГРАНТЪ, 2002. – 1148 с.

247. Стародубов В. И. Реформа здравоохранения и ее законодательное обеспечение // Научные труды I Всероссийского съезда (Национального конгресса) по медицинскому праву. Том I. Россия, Москва, 25–27 июня 2003 г. / Под ред. проф. Ю. Д. Сергеева. – М.: НАМП, 2003. – 276 с.

248. Сухарев А. Г. Формирование адаптационных возможностей организма детей и подростков // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2006. – № 8. – С. 15–17.

249. Тихонов А. А. Обладает ли «запасом прочности» уровень жизни россиян? // Социологические исследования. – 2007 – № 1. – С. 81–89.

250. Трагакес Э., Лессоф С. Системы здравоохранения: время перемен. – Копенгаген: Европейская обсерватория по системам здравоохранения, 2003. – 196 с.

251. Третий периодический доклад о реализации Российской Федерацией Конвенции о правах ребенка (1998–2002 гг.). – М.: ЦБНТИ Минтруда РФ. – 2004. – 144 с.

252. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. № 197-ФЗ // Кодексы Российской Федерации: Выпуск 1. Трудовой кодекс. – М.: ИНФРА-М, 2002. – 192 с.

253. Указ Президента Российской Федерации от 5 мая 1992 г. № 431 «О мерах по социальной поддержке многодетных семей» // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации. – 1992. – № 19. – Ст. 1044.

254. Указ Президента Российской Федерации от 1 июня 1992 года № 543 «О первоочередных мерах по реализации Всемирной Декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей

в 90-е годы» // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации. – 1992. – № 23. – Ст. 1276.

255. Указ Президента Российской Федерации от 2 октября 1992 г. № 1157 «О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов» // Собрание актов Президента и Правительства Российской Федерации. – 1992. – № 14. – Ст. 1098.

256. Указ Президента Российской Федерации от 4 марта 1993 г. № 337 «О первоочередных задачах государственной политики в отношении женщин» // Российская газета. – 1993. – 16 марта.

257. Указ Президента Российской Федерации от 27 марта 1993 г. № 405 «О неотложных мерах по стабилизации уровня жизни населения Российской Федерации в 1993 году» // Собрание актов Президента и Правительства Российской Федерации. – 1993. – № 13. – Ст. 1106.

258. Указ Президента Российской Федерации от 20 апреля 1993 г. № 468 «О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации» // Собрание актов Президента и Правительства Российской Федерации. – 1993. – № 17. – Ст. 1447.

259. Указ Президента Российской Федерации от 12 мая 1993 г. № 663 «О мерах по созданию единого эталонного банка данных правовой информации» // Собрание актов Президента и Правительства Российской Федерации. – 1993. – № 20. – Ст. 1759.

260. Указ Президента Российской Федерации от 24 декабря 1993 г. № 2288 «О мерах по приведению законодательства Российской Федерации в соответствие с Конституцией Российской Федерации» // Российские вести. – 1994. – 12 января.

261. Указ Президента Российской Федерации от 8 июля 1994 г. № 1487 «О гарантиях прав граждан Российской Федерации на получение образования» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1994. – № 11. – Ст. 1199.

262. Указ Президента Российской Федерации от 18 августа 1994 года № 1696 «О президентской программе «Дети России»» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1994. – № 178. – Ст. 1955.

263. Указ Президента Российской Федерации от 19 февраля 1996 года № 210 «О продлении действия президентской программы «Дети России»» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1996. – № 9. – Ст. 799.

264. Указ Президента Российской Федерации от 29 апреля 1996 г. № 608 «О Государственной стратегии экономической

безопасности Российской Федерации (Основные положения)» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1996. – № 18. – Ст. 2117.

265. Указ Президента Российской Федерации от 14 мая 1996 г. № 712 «Об Основных направлениях государственной семейной политики» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1996. – № 21. – Ст. 2460.

266. Указ Президента Российской Федерации от 15 июня 1996 г. № 909 «Об утверждении Концепции государственной национальной политики Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1996. – № 25. – Ст. 3010.

267. Указ Президента Российской Федерации от 15 января 1998 г. № 29 «О президентской программе «Дети России» на 1998–2000 годы» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1998. – № 3. – Ст. 314.

268. Указ Президента Российской Федерации от 16 ноября 2001 года № 1328 «О президентских программах по улучшению положения детей в Российской Федерации на 2001–2002 годы» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2001. – № 47. – Ст. 4444.

269. Указ Президента Российской Федерации от 14 ноября 2002 г. № 1318 «Об утверждении Положения о Комиссии по вопросам гражданства при Президенте Российской Федерации и ее состав» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2002. – № 46. – Ст. 4570.

270. Указ Президента Российской Федерации от 11 июля 2004 г. № 868 «Вопросы Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2004. – № 28. – Ст. 2882.

271. Указание Министерства здравоохранения Российской Федерации «О создании рабочей группы для подготовки концепции Федерального закона «Об охране здоровья детей в Российской Федерации»».

272. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения. Основные документы. Сороковое издание. – Женева: ВОЗ, 1995. – 208 с.

273. Фарбер Д. А., Дубровинская Н. В. Структурно-функциональное созревание мозга ребенка // Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы): практическое руководство: В 2 т. / Под ред. А. А. Баранова, Л. А. Щеплягиной. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. – Т. 1. –

С. 7–39.

274. Федеральная целевая программа «Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи (1995–1997 годы)», утвержденная Постановлением Правительства Российской Федерации от 20 апреля 1995 г. № 383 // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1995. – № 18. – Ст. 1665.

275. Федеральная целевая программа «Развитие социального обслуживания семьи и детей» (2001–2002 годы), утвержденная Постановлением Правительства Российской Федерации от 25 августа 2000 г., № 625 // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2000. – № 37. – Ст. 3712.

276. Федеральный закон от 19 февраля 1993 г. № 4528-I «О беженцах» // Ведомости Российской Федерации. – 1993. – № 12. – Ст. 425.

277. Федеральный закон от 21 декабря 1994 г. № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1994. – № 35. – Ст. 3648.

278. Федеральный закон от 20 февраля 1995 г. № 24-ФЗ «Об информации, информатизации и защите информации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1995. – № 8. – Ст. 609.

279. Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1995. – № 14. – Ст. 1212.

280. Федеральный закон от 19 мая 1995 г. № 81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1995. – № 21. – Ст. 1229.

281. Федеральный закон от 15 июля 1995 г. № 101-ФЗ «О международных договорах Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1995. – № 29. – Ст. 2757.

282. Федеральный закон от 18 июля 1995 г. № 108-ФЗ «О рекламе» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1995. – № 30. – Ст. 2864.

283. Федеральный закон от 20 июля 1995 г. № 115-ФЗ «О государственном прогнозировании и программах социально-экономического развития Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1995. – № 30. – Ст.

2871.

284. Федеральный закон от 23 ноября 1995 г. № 174-ФЗ «Об экологической экспертизе» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1995. – № 48. – Ст. 4556.

285. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1995. – № 48. – Ст. 4563.

286. Федеральный закон от 10 декабря 1995 г. № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1995. – № 50. – Ст. 4872.

287. Федеральный закон от 9 января 1996 г. № 3-ФЗ «О радиационной безопасности населения» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1996. – № 3. – Ст. 141.

288. Федеральный закон от 20 апреля 1996 г. № 36-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации «О занятости населения в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1996. – № 17. – Ст. 1915.

289. Федеральный закон от 19 июня 1996 г. № 78-ФЗ «Об основах государственного регулирования социально-экономического развития Севера Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации, 1996. – № 26, ст. 3030.

290. Федеральный закон от 4 июля 1996 г. № 85-ФЗ «Об участии в международном информационном обмене» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1996. – № 28. – Ст. 3347.

291. Федеральный закон от 15 августа 1996 г. № 115-ФЗ «О бюджетной классификации Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1996. – № 34. – Ст. 4030.

292. Федеральный закон от 23 августа 1996 г. № 127-ФЗ «О науке и государственной научно-технической политике» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1996. – № 35. – Ст. 4137.

293. Федеральный закон от 21 декабря 1996 г. № 159-ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1996. – № 52. – Ст. 5880.

294. Федеральный закон от 15 ноября 1997 г. № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» // Собрание законодательства

Российской Федерации. – 1997. – № 47. – Ст. 5340.

295. Федеральный конституционный закон от 17 декабря 1997 г. № 2-КЗ «О Правительстве Российской Федерации» // Российская газета. – 1997. – 23 декабря.

296. Федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1998. – № 2. – Ст. 219.

297. Федеральный закон от 12 февраля 1998 г. N 28-ФЗ «О гражданской обороне» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1998. – № 7. – Ст. 799.

298. Федеральный закон от 22 июня 1998 г. № 86-ФЗ «О лекарственных средствах» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1998. – № 26. – Ст. 3006.

299. Федеральный закон от 16 июля 1998 г. № 99-ФЗ «О льготах на проезд на междугородном транспорте для детей, нуждающихся в санаторно-курортном лечении» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1998. – № 29. – Ст. 3397.

300. Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1998. – № 31. – Ст. 3802.

301. Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1998. – № 38. – Ст. 4736.

302. Федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1999. – № 14. – Ст. 1650.

303. Федеральный закон от 30 апреля 1999 г. № 82-ФЗ «О гарантиях прав коренных малочисленных народов Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1999. – № 18. – Ст. 2208.

304. Федеральный закон от 24 мая 1999 г. N 99-ФЗ «О государственной политике Российской Федерации в отношении соотечественников за рубежом» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1999. – № 22. – Ст. 2670.

305. Федеральный закон от 24 июня 1999 г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1999. – № 26. – Ст. 3177.

306. Федеральный закон от 17 июля 1999 г. № 172-ФЗ «О

внесении изменений и дополнения в Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и Закон Российской Федерации «О государственных пенсиях в Российской Федерации»» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1999. – № 29. – Ст. 3693.

307. Федеральный закон от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1999. – № 29. – Ст. 3699.

308. Федеральный закон от 17 июля 1999 г. N 181-ФЗ «Об основах охраны труда в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1999. – № 29. – Ст. 3702.

309. Федеральный закон от 6 октября 1999 г. N 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1999. – № 42. – Ст. 5005.

310. Федеральный закон от 2 января 2000 г. № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2000. – № 2. – Ст. 150.

311. Федеральный закон от 10 апреля 2000 г. № 51-ФЗ «Об утверждении Федеральной программы развития образования» // Российская газета. – 2000. – 13 апреля.

312. Федеральный закон от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2001. – № 26. – Ст. 2581.

313. Федеральный закон от 10 января 2002 г. № 2-ФЗ «О социальных гарантиях гражданам, подвергшимся радиационному воздействию вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2002. – № 2. – Ст. 128.

314. Федеральный закон от 10 января 2002 г. № 7-ФЗ «Об охране окружающей среды» // Российская газета. – 2002. – 12 января.

315. Федеральный закон от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и

исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2004. – № 35. – Ст. 3607.

316. Федеральный закон от 29 декабря 2004 г. № 202-ФЗ «О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2005 год» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2005. – № 1. – Ст. 28.

317. Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» // Российская газета. – 2006. – 31 декабря.

318. Хайтун С. Д. Наукометрия: состояние и перспективы. – М.: Наука. – 1983. – 344 с.

319. Харвэй Т. Приоритеты социальной политики в странах ЕС. – Государственная служба за рубежом. Приоритеты социальной политики. // Реферативный бюллетень. – 2001. – № 5.– С. 127–134.

320. Храмцов А. Ф. Социальное государство: практики формирования и функционирования в Европе и России // Социологические исследования. – 2007. – № 2. – С. 21–32.

321. Чубарова Т. В. Формирование законодательной базы в области охраны здоровья в Российской Федерации (1991–2001 гг.) // Охрана материнства и детства в России и Великобритании: междисциплинарный подход / Отв. ред. Н. С. Григорьева. – М.: Медицина, 2002. – С. 209–221.

322. Чубарова Т. В. Реформы российского здравоохранения: варианты развития // Управление здравоохранением. – 2008. – № 3. – С. 10–19.

323. Шарапова О. В. О мерах по улучшению охраны здоровья детей (Доклад на VII Конгрессе педиатров России «Детская гастроэнтерология: настоящее и будущее», Москва, 12 февраля 2002 г.) // Вопросы современной педиатрии. – 2002. – № 2. – С. 13–14.

324. Шарапова О. В. О мерах по улучшению охраны здоровья детей // Педиатрия. – 2002. – № 3. – С. 18–20.

325. Шарапова О. В. Основные направления деятельности службы охраны материнства и детства // Вопросы современной педиатрии. – 2004. – № 3. – С. 9–12.

326. Шарапова О. В. Региональная политика в области охраны здоровья детей // Педиатрия. – 2005. – № 1 – С. 5–9.

327. Шарапова О. В. Охрана здоровья школьников в

Российской Федерации // Педиатрия. – 2006. – № 3. – С. 4–6.

328. Шестопал Е. П. Политическая психология: Учебник для вузов. – М.: Аспект Пресс, 2007. – 427 с.

329. Шредер В. Социальная политика как ступени взаимоконтактов // Власть. – 2006. – № 3. – С. 3–9.

330. Щепин О. П. (редактор) и соавт. Фундаментальные основы политики здравоохранения. – М.: НИИ СГ и ОЗ, 1999. – 397 с.

331. Щепин О. П., Филатов В. Б., Чудинова В. Э., Погорелов Я. Д. О роли ценностей в формировании политики здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. – 2000. – № 2. – С. 9–12.

332. Яковлева Т. В. Современные проблемы законодательного регулирования в сфере здравоохранения // Управление здравоохранением. – 2004. – № 3. – С. 82–89.

333. Яковлева Т. В. Проблемы законодательного регулирования охраны здоровья детей // Педиатрия. – 2004. – № 5. – С. 4–6.

334. Яковлева Т. В. Законодательные аспекты охраны здоровья детей // Педиатрия. – 2005. – № 5. – С. 8–10.

335. Яковлева Т. В., Курмаева Е. А., Волгина С. Я. Состояние здоровья детей дошкольного возраста из бедных семей // Вопросы современной педиатрии. – 2008. – № 4. – С. 14–18.

336. Alston Ph. The Legal Framework of the Convention on the Right of the Child // Bulletin of Human Right, 91/2. – New-York: United Nations, 1992. – P. 1–15.

337. Armstrong H. Social cohesion and privatization in Canadian health-care // Canadian J. of law and society. – 2001. – V. 16, № 9. – P. 65–81.

338. Christoforou Th. The Precautionary principle and democratizing expertise: a European legal perspective // Science and Public Policy. – 2003. – V. 30, № 3. – P. 205–211.

339. Closing the Gap in a Generation. Health Equility Throuth Action on the Social Determinants of Health. – Geneva: WHO, 2008. – 256 p.

340. Deutsch K. W. et al. Problems of World Modeling: Political and Social Implications / Ed. By K. W. Deutsch et al. – Cambridge (MA): Ballinger, 1977.

341. Droits de l`home. Les droits de l`enfant. Fiche d`information № 10 (rev.1). – Geneva: Nations Unies, 1997. – 56 p.

342. Easton D. Categories for the Systems Analysis of Politics. Varieties of Political Theory. – Ed. D. Easton. Englwood Cliffs, 1966.

343. Geyer R. R. Exploring European Social Policy. – Cambridge: Polity Press, 2000.

344. Lopatka A. Impotence of the Convention on the Right of the Child // Bulletin of Human Right, 91/2. – New-York: United Nations, 1992. – P.56–65.

345. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. – Geneva: WHO, 2001. – 213 p.

346. Maine D., Rosenfeld A. The Safe Matherhood Initiative: why has it stelled? // American Journal of Public Health. – 1999. – № 89. – P. 480–482.

347. Martuzzi M. Environment and Health: Perspectives from the Intersectoral Experiens in Europe // Health in All Politics. Prospects and Potentials / Ed. T. Stahl et al. – Helsinki: Ministry Social Affairs and Health, 2006. – P.129–144.

348. Morrow R. H., Bryant J. H. Health Policy Approaches to Measuring and Valuing Human Life: Conceptual and Ethical Issues // American Journal of Public Health. – 1995. – V. 85. – № 10. – P. 1356–1360.

349. Pais M. S. The United Nation Convention on the Right of the Child // Bulletin of Human Right, 91/2. – New-York: United Nations, 1992. – P. 75–82.

350. Puska P. Health in All Policies // European Journal of Public Health. – 2007. – № 4. – P. 328.

351. Review of national Finnish health promotion policies and recommendations for the future. – Copenhagen: WHO, 2003. – 80 p.

352. Ritsatakis A., Jorvisalo J. Opportunities and Challenges for Including Health Components in the Policy-making Process // Health in All Politics. Prospects and Potentials / Ed. T. Stahl et al. – Helsinki: Ministry Social Affairs and Health, 2006. – P.145–168.

353. Sclater Sh. D., Piper Ch. Social exclusion and welfare of the child // J. of law a. society. – Oxford, 2001. – V. 28, № 3. – P. 409–417.

354. Sihto M., Ollila E., Koivusalo M. Principles and Challenges of Health in All Politics // Health in All Politics. Prospects and Potentials/Ed. T. Stahl et al. – Helsinki: Ministry Social Affairs and Health, 2006. – P. 3–20.

355. Stiglitz J. More Instruments and Broader Goals: Moving toward the Post-Washington Consensus. The UN University WIDER Annual Lectures. Helsinki. January, 1998.

356. The World Health Report 2008: Primary Health Care Nom More Then Ever. – Geneva: WHO, 2008. – 148 p.

357. Tickner J. A., Wright S. The precautionary principle and democratizing expertise: a U. S. perspective // Science and Public Policy. – 2003. – V. 30, № 3. – P. 213–218.

358. Tyoby P. Children`s Consent to Medical Tretement // New Zealand Law J. – Wellington, 2001. Jule. – P. 253–256.

359. Walsh J., Warren K. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries // New England Journal of Medicine. – 1979. – № 301. – P. 967–974.

Приложение 5
Отзывы рецензентов [74]

Отзыв на рукопись монографии А. А. Баранова и Ю. Е. Лапина «Государственная политика в области охраны здоровья детей: вопросы теории и практика». – Москва, 2009 г.

Рукопись монографического труда представляет собой 250 страниц машинописного текста, включая список используемых источников информации и приложения. Авторы указывают, что в работе определены правовые основы государственной политики в области охраны здоровья детей, ее параметры (структура, функция, понятийно-категорийный аппарат и др.). Работа весьма актуальна, поскольку в нашей стране отсутствуют современная научно обоснованная и законодательно закрепленная политика сектора здравоохранения, способная изменить неблагоприятную ситуацию в детском здравоохранении. Именно созданию основ такой политики посвящена данная работа.

По цели, задачам, исполнению рецензируемая работа представляется уникальным исследованием, раскрывающим особенности формирования современной государственной политики в области охраны здоровья детей, направленной на преодоление противоречий в системе «общество – дети» с целью наилучшего обеспечения прав детей.

Результаты исследования изложены в 5 главах рукописи монографии. Ознакомление с текстом 1-й главы производит впечатление об использовании авторами, если не всех, то основных источников информации по проблеме (указов Президента Российской Федерации, нормативных правовых актов федеральных органов представительной и исполнительной власти и др.); по проблемам детского здравоохранения за период последнего десятилетия XX века и в первые годы XXI века. Значительный объем изученных документов и современные методы исследования позволяют объективно представить анализ стратегии охраны здоровья детей в России в указанный период. Материалы главы свидетельствуют об отсутствии специальной государственной политики охраны и улучшения здоровья детей, несмотря на принятие многих документов, как непосредственно относящихся к исследуемой проблеме, так и касающихся ее в других отраслях.

Во 2-й главе анализируется проблема методологии

исследования государственной политики в области охраны здоровья детей. Здесь детально излагаются различные дефиниции таких базисных понятий как здоровье, охрана здоровья, без чего, как показывают авторы, нельзя обоснованно решать проблему построения концептуальной модели функционирования государственной политики в области охраны здоровья детей. Авторы предлагают дефиниции здоровья и охраны здоровья детей. Базисные проблемы и их аспекты в данной главе авторы подчас излагают в сложных для читателей-медиков правовых, политических терминах.

3-я глава развивает положение (на конкретных примерах законодательных, нормативных актах и решений) об отсутствии в нашей стране интегральной политики государства в области здравоохранения. Авторы формируют дефиницию государственной политики в области здравоохранения как составной части внутренней политики. Доказывается необходимость разработки и осуществления политики в области охраны здоровья детей в качестве самостоятельного направления. На схеме указана обусловленность охраны здоровья детей от программы социально-экономического развития РФ, ее атрибутов – государственной социальной политики по улучшению положения детей. Последний аспект, по моему мнению, нуждается в дополнительных разъяснениях.

4-я глава посвящена анализу правовых вопросов государственной политики в области охраны здоровья детей на основе анализа международных и отечественных документов, решений и постановлений директивных органов. В работе обоснованно доказывается необходимость разработки государственной политики в области охраны здоровья детей как отдельного направления государственной политики.

Заключительная глава, по существу, подводит итоги исследований, изложенных в предыдущих разделах рукописи, и дает научное обоснование содержания концепции государственной политики в области охраны здоровья детей на основе анализа структуры и содержания отдельных направлений такой политики в нормативных правовых актах РФ, Конвенции о правах ребенка и др. Хочу специально отметить формулировку авторами термина «идеология государственной политики в области охраны здоровья детей» как «максимального значения моральной и правовой практики в интересах охраны здоровья детей», т. к. все остальные компоненты методологически правильно рассматривать как производные такой идеологии. Авторами разработаны принципы государственной политики в области охраны здоровья детей, общая направленность которых

не только в реализации прав каждого ребенка, но и в том, что эти права обеспечиваются высшими структурами власти.

Заключительный раздел рукописи включает анализ полученных данных и конкретные предложения, в том числе в отношении внесения изменений и дополнений в действующие нормативные правовые акты.

Ознакомившись с работой, считаю возможным и необходимым ее опубликовать и пожелать авторам продолжать работу, тем более, что материал книги представляет собой исследование актуальной проблемы, решение которой заключается в изучении форм и методов развития и практического осуществления государственной политики охраны здоровья детей.

Рецензент:
заведующий кафедрой общественного здоровья
и здравоохранения РГМУ, академик РАМН,
профессор ***Ю. П. Лисицын****. 20.03.2009 г.*

Отзыв на монографию А. А. Баранова и Ю. Е. Лапина «Государственная политика в области охраны здоровья детей: вопросы теории и практика»

Актуальность исследования обусловлена растущей сложностью и остротой проблем управления в здравоохранении в целом и в области охраны детского здоровья, в частности. Методологический поиск и разработка новых подходов к анализу государственной политики, предпринятые авторами, могут способствовать определению наиболее социально оправданных, оптимальных шагов в этой сфере.

Целесообразно выделить несколько наиболее значимых особенностей работы, которые определяют ее новизну и отличают от других трудов, по вопросам охраны детского здоровья в современной России.

Во-первых, авторам, являющимися медиками по своему образованию, удалось уйти от традиционного фактического изложения состояния здоровья детей в РФ. К сожалению, эти, в основном печальные данные, перетекают из одной работы в другую и формируют фактор привыкания. Если же говорить об официальных документах, в качестве которого можно рассматривать и очередной доклад «О положении детей в Российской Федерации», то раздел, касающийся состояния здоровья детей в данном документе, скорее ориентирован на возможные позитивные изменения в будущем, в то время как

объективные показатели пока не дают особых оснований для оптимизма, а динамика детского здоровья остается неудовлетворительной. Заслуга исследователей состоит в том, что они подошли к рассматриваемой проблеме с точки зрения права ребенка на здоровье и соответствующую систему здравоохранения.

Во-вторых, авторы строят свое исследование, исходя из очевидного факта, что здравоохранение является не единственным сектором, ответственным за сохранение и укрепление здоровья. Состояние здоровья детей, в конечном счете, зависит от разных факторов, многие из которых лежат за пределами медицины. Идея межсекторального взаимодействия в решении проблем детского здоровья – одна из фундаментальных в данной работе. Нельзя сказать, что эта тема ранее не поднималась. Однако она рассматривалась скорее декларативно, особенно если иметь в виду те изменения, которые произошли в сфере здравоохранения за годы реформ. Это происходило не только из-за методологической и эмпирической сложности подобных исследований, но и из-за сложившейся традиции интерпретировать происходящие изменения в государственной политике в области охраны здоровья детей как нечто второстепенное по отношению к общему.

В-третьих, в работе представлен концептуальный поиск авторов, который нашел свое итоговое выражение в предлагаемом для обсуждения проекте «Концепции государственной политики в области охраны здоровья детей». Анализ этой концепции не является задачей данной рецензии, но нельзя не отметить логическую обоснованность предлагаемого документа – авторы последовательно анализируют государственные меры по охране здоровья детей, начиная с 1990 г. и по настоящее время. Это дает возможность показать, что конкретные исследования политологического характера могут и должны стать необходимым фундаментом для независимой экспертизы происходящих в данной области изменений, способствовать разработке передовых технологий государственной политики в России, что в перспективе позволило бы действительно изменить ситуацию к лучшему.

В-четвертых, к несомненным достоинствам работы относится и исключительно верная установка «социализировать» здравоохранение, т. е. решать многие медицинские проблемы путем использования социальных технологий на общегосударственном уровне. Одна из важнейших проблем – как привнести изменения на уровне и политики, и управления. Очевидно, что многие проблемы детского здоровья имеют ярко

выраженный социальный характер и связаны с ростом бедности и ухудшением качества жизни людей. Карл де Рой, представитель ЮНИСЕФ в России и Белоруссии в одном из интервью отмечал, что «в России 10 % населения живет ниже уровня бедности, а детей за этой чертой – 20 %, каждый пятый ребенок. Страна может быть богаче, может быть беднее, но вот такое соотношение – просто несправедливо. Что значит: ребенок вырастает в бедности? Он не только сейчас испытывает трудности, но очевидно, что он не сможет реализовать свой потенциал». Очень важно, что проблемы детского здоровья авторы данной монографии рассматривают в контексте развития человеческого потенциала. Качество жизни, развитие человека и человеческий капитал – именно эти понятия должны составлять содержательную характеристику современных подходов к проблемам экономического роста и развития общества.

В-пятых, авторы сфокусировали внимание на исследовании нормативно-правовой базы формирования государственной политики в области охраны здоровья детей. Основные параметры правового обеспечения изучены авторами на основе международного права, а также федеральных нормативно-правовых документов. Проведена классификация институциональных факторов формирования государственной политики в этой области.

Известно, что проблема здоровья матери и ребенка вошла в 1948 году в число четырех приоритетных направлений деятельности только что образованной ВОЗ, обозначив демографический контингент риска и став единственным, связанным не с борьбой с конкретным заболеванием. Состояние здоровья матери и ребенка в современной России рассматривается, с одной стороны, в контексте общих мировых проблем, а с другой – с позиций современного социально-экономического развития общества и конкретных семейных ситуаций. В 1991 году в России было более 40 миллионов детей, в 2008 году их осталось только 27 миллионов, из них 750 тысяч живут в социально-опасных условиях. В малоимущих семьях с детьми до 6 лет проживает 2 миллиона человек, от 7 до 15 лет – около 6 миллионов, а учета 16–17-летних вообще не существует. Дети, растущие в таких семьях, вряд ли получают необходимое медицинское обслуживание.

Несомненным достоинством выполненной работы, на мой взгляд, является выстроенная логика рассуждений и изложения материала, осмысленная и взвешенная структура исследования, фундаментальная проработка теоретических основ анализа.

В первой главе «Эволюция стратегии охраны здоровья детей в

современной России» авторы проводят обстоятельный критический сравнительный анализ государственных мер по охране здоровья детей в последнее десятилетие XX века и в настоящее время. Он выполнен на основе соответствующих правовых актов и официальных документов. Авторы для более содержательного анализа предлагают свою периодизацию рассматриваемого периода, в основе которой лежат именно изменения, предпринимаемые в законодательной базе.

Во второй главе «Обоснование методологии комплексного исследования государственной политики в области охраны здоровья» авторы рассматривают роль политики как одной из форм регулирования взаимоотношений между гражданином, в данном случае ребенком и обществом в вопросах здоровья и здравоохранения. Авторы оправданно исходят из необходимости ценностного видения проблем, от которых зависит «адекватность политики здравоохранения». На этой основе они выстраивают концептуальную модель государственной политики в области охраны здоровья детей как нормативно-регулятивной системы. В главе дается типология социально-детерминированных причин неблагоприятных изменений в состоянии здоровья детей. Было бы очень логично, если бы таблица в дальнейшем приобрела свою вторую часть, которая позволяла бы проследить, насколько принимаемые меры изменяют или нет структуру причин и степень их значения. В этой же главе рассматривается эволюция понятий «здоровье» и «охрана здоровья детей».

Третья глава монографии «Охрана здоровья детей в системе государственной политики» представляет собой анализ современной социальной политики России в этой сфере. Методологические трудности, испытываемые авторами, вполне понятны, поскольку трудно выделить предмет государственной политики в области охраны здоровья детей, когда не выделено более общее понятие и на сегодня нет Концепции государственной политики в области здравоохранения России, на основе который было бы возможным создание специализированных секторальных программ. Поэтому авторы фокусируют свое внимание на анализе «Национального плана действий в интересах детей», президентской программы «Дети России», Федерального закона «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» и некоторых других документах.

Весьма важным представляется проведенный анализ понятия «социальная политика» в разных источниках информации, что согласно позиции, разделяемой авторами, необходимо для определения сферы охраны здоровья детей в качестве ее объекта.

На этой основе авторами ставится вопрос о необходимости разработки концептуальной модели государственной политики охраны здоровья детей, которая должна учитывать многообразие регионального российского пространства и неравномерность динамики рыночной трансформации, на основе чего формируются стратегии реальных действий как во всей России, так и на региональном уровне.

В четвертой главе «Исследование правовых основ государственной политики в области охраны здоровья детей» на основе международных документов и нормативно-правовых актов Российской Федерации анализируются правовые основы государственной политики в интересах здоровья детей. Особое внимание уделено «Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей» и «Конвенции о правах ребенка», а также приводятся системные причины неполного осуществления Российской Федерацией их норм. По мнению авторов, в современных условиях вполне оправдано рассматривать охрану здоровья детей как самостоятельное направление государственной политики. Для подтверждения этого тезиса авторы раскрывают как вопросы здравоохранения отражены в структуре политики в интересах детей, а также каким образом вопросы детского здоровья отражены в разделах государственной политики, формально не связанных с сектором здравоохранения.

В пятой главе «Научное обоснование структуры и содержания концепции государственной политики в области охраны здоровья детей» авторы, прежде всего, определяют существующие на сегодняшний день отдельные направления государственной политики, установленные в нормативно-правовых актах, которые имеют отношение к проблеме охраны здоровья детей. Это позволило обнаружить структурные элементы, которые в перспективе могли бы быть объединены в концепцию охраны здоровья детей. Отдельный параграф данной главы посвящен идеологии государственной политики. Это тем более важно, что, к сожалению, в большинстве работ, посвященных современной государственной политике просматривается устойчивое стремление любыми способами избежать любого обращения к идеологии как таковой. Но это противоречит самому пониманию социальной политики. Ибо нет социальной политики «вообще» – она всегда находится в системе определенных ценностей – экономических, идеологических и так далее. Именно различные подходы к социальной политике получили свое концентрированное выражение в идеологиях. Ретроспективный взгляд на историческую эволюцию политики всегда показывал ее

зависимость от определенных доктрин, социальных программ, настроений как общества, так и отдельных групп. Эта совокупность идей, установок, которые способствовали самоорганизации и идентификации группы вокруг своих интересов, соответственно помогали, в частности, продвижению той или иной группы во власть. Авторы исследования прекрасно это понимают, потому справедливо отмечают, что при всех вариантах развития событий, государственная политика означает воплощение какого-либо правительственного курса, определенной линии развития общества или его различных сфер, отражающих наличие или отсутствие у власти явных и очевидных приоритетов. Одним из этих приоритетов является здоровье детей России. Они могут быть выражены в форме деклараций, доктрин или концепций, озвучены в выступлениях лидеров страны, политической риторике. Имея это в ввиду, авторы предлагают к обсуждению «Концепцию государственной политики охраны здоровья детей», в которой, с одной стороны, отражены тенденции, характерные для рыночных реалий нашей страны, с другой, специфические изменения государственной политики в секторе здравоохранения, происходящие в России.

Необходимо особо подчеркнуть, что эта часть исследования содержит в себе много новых и интересных аналитических ракурсов, которые до сих пор в исследованиях, касающихся здоровья детей, в российской науке или не представлены совсем или изучались достаточно поверхностно и локально.

Авторы выбрали весьма трудный, но наиболее продуктивный путь изучения состояния государственной политики в области охраны детского здоровья в мире и в России, используя системную методологию. Ее принципы строятся как на фундаментальном анализе теоретических источников, так и на изучении реальных управленческих практик, которые свойственны действующим авторам политики различных уровней в современной России. Это делает выводы авторов более аргументированными и адекватными.

В целом, представленная работа является серьезной содержательной попыткой рассмотрения малоисследованной и весьма актуальной политологической проблемы.

Безусловно, авторам можно высказать ряд замечаний, связанных как раз таки со стремлением решить многие проблемы с точки зрения политологической науки, но не владеющих в достаточной степени методологий и инструментами этой науки. Это является еще одним свидетельством в пользу межпрофессиональных и междисциплинарных исследований. Все замечания высказаны авторам, но поскольку их работа –

авторский труд, то учитывать их или нет – их право.

Однако эти замечания и пожелания не снижают общей положительной оценки монографии. Работа А. А. Баранова и Ю. Е. Лапина «Государственная политика в области охраны здоровья детей: вопросы теории и практика» является новым, завершенным, оригинальным, квалифицированным исследованием по важной теме, имеющей научное и практическое значение. В год, когда исполняется двадцать лет со дня принятия в 1989 году Генеральной Ассамблеей ООН «Конвенции о правах ребенка», публикация данной работы является весьма актуальной и нужной. Монография рассчитана на широкий круг читателей, включая представителей законодательной и исполнительной власти, ученых, специалистов разных областей знания и практиков, преподавателей и студентов и всех тех, кто проявляет интерес к вопросам развития современного здравоохранения и такой важной области – каким является здоровье будущих поколений России.

Рецензент:
директор Центра сравнительной социальной политики и управления социальной сферой Факультета государственного управления МГУ им. М.В. Ломоносова, главный редактор журнала «Управление здравоохранением», доктор политических наук, профессор ***Н. С. Григорьева.***

Рецензия на рукопись книги А. А. Баранова и Ю. Е. Лапина «Государственная политика в области охраны здоровья детей: вопросы теории и практика»

Несовершеннолетние представляют собой группу населения Российской Федерации численностью в 26,9 млн человек. Они во многом определяют будущее развитие общества и государства, и уже в силу этого заслуживают постоянного внимания различных специалистов, работающих в области защиты прав детей и подростков, охраны их жизни и здоровья.

По данным проблемам регулярно публикуется много книг, научных статей как в нашей стране, так и за рубежом. Однако авторы впервые предложили работу, которую отличает целенаправленный комплексный подход аналитического освоения всего многообразия медико-правового и социально– правового потенциала страны в области охраны здоровья детей.

Задачи своей работы авторы определили на с. 10 рукописи. Я не буду их перечислять. Скажу, что все они в основном успешно решены.

К особым достоинствам работы следует отнести:

– полномасштабный анализ эволюции системы мер по охране здоровья детей в России за длительный исторический период;

– научное обоснование жизненной необходимости самостоятельной государственной политики в области охраны здоровья детей, определение ее основных направлений, функций, промежуточных и конечных целей;

– полномасштабный критический анализ правового регулирования системы мер, направленных на охрану здоровья несовершеннолетних.

Большим достижением авторов является предложенные в работе проект Концепции государственной политики в области охраны здоровья детей в Российской Федерации и структура Федерального закона «Об охране здоровья детей в Российской Федерации».

Названные обстоятельства определяют актуальность выполненного авторами исследования, его теоретическую и практическую значимость.

В качестве пожеланий, которые авторы до опубликования работы могли бы рассмотреть и учесть, считаю важным обратить внимание на следующее:

1. Авторы убедительно, на мой взгляд, доказали, что охрана здоровья детей в настоящее время должна входить в число наиболее приоритетных задач государственной политики в Российской Федерации. Ни военно-промышленный комплекс, ни армия, ни внутренние войска МВД, ни правоохранительная система, съедающие основные бюджетные и людские ресурсы страны, порождающие постоянные кризисы и катастрофы как в период СССР, так и на постсоветском пространстве, а именно забота о здоровье подрастающего поколения российских граждан должна определять всю деятельность соответствующих властных структур нашего государства.

Авторы имеют всю доказательную базу, которая позволяет им более четко поставить в рамках представленной Концепции «Государственной политики в области охраны здоровья детей» цель создания в стране комплексной отрасли детского здравоохранения (со своими учебными, лечебными учреждениями, исследовательскими специализированными центрами, новейшей диагностической и лечебной аппаратурой и др.), ответственной за охрану физического и нравственного здоровья детей, за решение всех демографических проблем.

Сегодня мы теряем страну – ценность и значимость каждой отдельной человеческой жизни явно недооцениваются. Авторы весьма корректно говорят об этом, а следует во весь голос бить

тревогу. Надо усилить этот акцент работы в редакционном плане, придать ему более эмоциональный характер.

2. В Концепции государственной политики в области охраны здоровья детей, предложенной авторами, как и в целом в рукописи, как нам пред-ставляется, следует особо выделить необходимость законодательного закрепления требования о том, чтобы разработчики других видов государственной политики (молодежной политики, уголовной политики, демографической политики, семейной политики и т. д.) всегда обязательно предусматривали в качестве одного из направлений – меры, направленные на охрану здоровья детей.

3. Представляется, что в работе особое место должно быть отведено проблемам государственной политики в области охраны здоровья детей-сирот, детей, лишившихся родительского попечения, включая беспризорных и безнадзорных, воспитывающихся в «кризисных», неблагополучных семьях и находящихся в местах лишения свободы. Проблемы охраны здоровья этих детей – это проблемы непосредственно государственной власти. Следует, видимо, более четко обосновать в этой связи необходимость создания в стране направления детского кризисного здравоохранения как одного из элементов детского здравоохранения в целом.

4. Адресуя свою книгу читателям, авторы в первую очередь называют среди них «педиатров, специалистов по общественному здоровью и здравоохранению». Представляется, что данный адресат выбран не очень удачно. Законодательная и исполнительная власти страны, в первую очередь, должны быть максимально полно проинформированы об исследовании авторов. Президент и Председатель Правительства Российской Федерации и их администрации должны учитывать эту работу при разработке национальных проектов в области здравоохранения.

5. Есть несколько замечаний редакционного характера:

– из названия работы следует убрать подзаголовок «вопросы теории и практика»;

– трудно воспринимаются некоторые схемы, разработанные авторами (см. с. 61, 65 и др.);

– есть, на наш взгляд, в тексте и неудачные термины: «не здравоохраненческие» сектора, «здравоохраненческий уровень»;

– излишне много текста в работе дается курсивом, а также авторы излишне много приводят ссылок на различные источники (лучше давать их постранично и в меньшем объеме).

Данные соображения не имеют принципиального значения. Как рецензент, я полностью выступаю за опубликование книги

уважаемых авторов А.А. Баранова и Ю. Е. Лапина.

Рецензент:

доктор юридических наук, профессор,

заслуженный юрист Российской Федерации ***В. Д. Ермаков.***

Российский государственный институт интеллектуальной собственности.

Рецензия на рукопись монографии А. А. Баранова, Ю. Е. Лапина «Государственная политика в области охраны здоровья детей: вопросы теории и практика»

Само по себе наименование работы свидетельствует о ее сложности и принципиальной новизне. Ее сложность заключается в глубоком исследовании правовых предпосылок охраны здоровья ребенка. Подобного рода исследований в науке нет и до сих пор не было. Этот вывод не относится к числу голословных, а базируется на множестве положений, выражающих точку зрения авторов, о чем будет сказано ниже. Мало того, данное научное исследование не замыкается рамками правовой охраны здоровья ребенка, и по существу, по своей глубине, сфере рассмотрения имеет прямое отношение к правам ребенка как самостоятельного субъекта различного рода правоотношений. Отсюда позволителен и другой вывод: налицо самостоятельное, самобытное учение о правах ребенка, охватывающее все наиболее значимые сферы его жизни. О создании такого учения ранее даже речи не было. Все, что касалось ребенка, находило свое отражение в более узких, имеющих определенную отраслевую направленность, исследованиях. В настоящей работе эти рамки расширены, что позволяет говорить о целенаправленной государственной политике по охране прав ребенка. И что не менее важно, в настоящем исследовании четко обозначены наиболее существенные направления этой политики, которым предстоит найти свое воплощение в нормативных и подзаконных актах, причем в таких актах, которые относятся к числу федеральных. Вместе с тем, подвергается серьезной критике Федеральный закон № 122, передавший функции по охране прав детей субъектам Российской Федерации, что противоречит государственной политике, как по охране права ребенка на здоровье, так и другим ее направлениям, связанным с охраной детства.

К числу существенных следует отнести авторское утверждение о том, что социальная политика государства как таковая не поглощает политику государства по охране здоровья детей. Последняя должна быть самостоятельной (с. 96 и далее). Вместе с тем, в работе обосновывается необходимость усиления

взаимодействия различных институтов общества в деле решения проблемы сохранения здоровья подрастающего поколения (с. 50). Причем здесь же определяются точки соприкосновения, взаимодействия научных позиций, различного рода служб, позволяющие создать более благоприятные условия для охраны здоровья ребенка.

Если следовать логике изложения, имеющей место в тексте настоящей работы, то следует обратить внимание на следующие авторские позиции принципиального характера:

– к компонентам государственной политики по охране здоровья детей относится профилактика заболеваний, о значении которой для несовершеннолетних сказано достаточно много. Но обратить внимание с точки зрения правовых предпосылок профилактики ранее никому не приходилось (с. 28, 161);

– в практике осуществления государственной политики по охране здоровья детей их интересы должны учитываться не только с целью поиска путей уменьшения отрицательного воздействия на состояние их здоровья, а также с целью исключения такого отрицательного воздействия (с. 63);

– регулирование общественных отношений, основанное на реализации только «одного обязательного варианта», соответствующего наилучшему обеспечению интересов детей, отражает и подтверждает правомочность исходного теоретического положения об абсолютной зависимости развития ребенка от условий и факторов внешней среды. Отсюда три направления практических действий правовыми средствами государственной политики, необходимых для наилучшего обеспечения интересов детей (с. 64);

– предупреждение и устранение противоречий между неудовлетворенными потребностями детей в охране здоровья «в угоду экономической корректности» является задачей государственной политики в области охраны здоровья детей, регулирующей общественные отношения путем перемещения центра тяжести решения проблем детства с секторального здравоохраненческого уровня на общегосударственный, позволяет наиболее полно мобилизовать в интересах детей главный ресурс государства – власть (с. 69);

– анализ источников информации о состоянии здоровья детей показал, что противоречия современного этапа общественного развития в России обусловливают конкретные изменения в состоянии здоровья детей и функционировании системы детского здоровья, что позволяет разработать типологию неблагоприятных изменений в состоянии здоровья детей, а также в сфере детского здравоохранения как следствие реализации социально-

экономических причин (с. 71–73);

– вектор развития ребенка и вектор развития общества должны совпадать по своей направленности, в том смысле, что совершенствование, усложнение функций растущего организма не может протекать нормально в слабо совершенствующейся, стагнирующей или распадающейся социальной сфере (с. 86).

Таков далеко не полный по степени своей важности положений и формулировок их синтез, совокупность, взаимосвязь права ребенка на охрану здоровья с общетеоретическими предпосылками, который служит свидетельством концептуального подхода к определению государственной политики в области охраны здоровья детей. И что не менее существенно: в настоящей работе сочетаются теоретические постулаты с анализом существующей в области детского здравоохранения практики с практическими рекомендациями, направленными на изменение в лучшую сторону состояния дел в области правовой охраны детского здравоохранения (с. 194 и далее). И, наконец, нельзя не отметить, что подавляющее большинство авторских позиций, бесспорно, обладает принципиально важной новизной. Но для очевидности сказанного было бы полезно вынести новаторские предложения в концентрированном виде в начало работы – может быть во введение.

Сложность и объем исследуемых проблем объясняет и существование ее некоторых, на наш взгляд, недостатков и спорных положений.

Широко используя правовую терминологию, переводя ее на собственный язык, допускаются промахи в ее обозначении. Так, например, на с. 41 говорится, что закон закрепляет за государственной политикой статус механизма регулирования отношений (в данном случае в интересах охраны здоровья детей). В некоторых случаях не отличается ясностью название некоторых параграфов. В частности, § 5.2.3 гл. 5, где сказано: «Формирование государственной политики и компетенция по ее осуществлению» (с. 173). На наш взгляд, политика не может иметь компетенцию, которой наделяются лишь юридические и физические лица. Однако подобных замечаний мало. То же самое можно сказать о замечаниях спорного характера. Так, на с. 36 выражается сожаление по поводу того, что Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации не предусматривала мер по улучшению положения дел в детском здравоохранении и ограничилась декларацией необходимости принятия действенных мер в этой области. Но концепция есть концепция, которая отличается закреплением идей, общих

положений, которые подлежат конкретизации в специальных законах, подзаконных актах и даже в инструктивно-методических указаниях.

По нашему мнению, без внимания остались некоторые важные для охраны здоровья ребенка вопросы. В их числе, связанные с деятельностью медико-педагогических комиссий детских учреждений, находящихся в подчинении Министерства здравоохранения, от заключения которых зависит не только будущая судьба, но и здоровье, дальнейшее развитие ребенка. Надо полагать, что здоровье, охрана права на здоровье несовершеннолетнего во многом зависит от такой составляющей, как экологическая охрана детства, что не нашло своего отражения в настоящей работе. Не совсем понятно, почему в § 4.4 гл. 4, посвященном отражению проблем охраны здоровья детей в некоторых нездравоохраненческих системах государственной политики (с. 138) нет ссылки на Семейный кодекс.

Таковы незначительные по своему существу замечания по рецензируемой работе, которая в целом отличается фундаментальностью и высоким научным уровнем, а потому может быть рекомендована к опубликованию.

Рецензент:

главный научный сотрудник Института государства и права РАН,

доктор юридических наук, профессор ***А. М. Нечаева.***

notes

Примечания

1

Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2003 г. Формирование будущего. Обзор. – Женева: ВОЗ, 2004. – 16 с. [56, с. 6]

2

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 02.06.2008 № 423 [193], выработка государственной политики в сфере здравоохранения относится к функциям Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

3

Пункт 5.12. раздела «Научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы» указанной программы [209].

4

А. А. Баранов и соавт. (1999) оценивают 1992–93 гг. как «время максимальной выраженности социально-экономического кризиса 1990-х годов», когда «смертность детей была относительно выше, чем в предшествующие и последующие годы» [5, с. 136].

5

В 1993 г. Верховный Совет Российской Федерации констатировал невыполнение программы в запланированном объеме. За 1991–1992 гг. из запланированных 23 объектов в действие было введено только три [150].

Данный Указ, как и многие другие нормативные правовые акты Российской Федерации, а также официальные и инициативные документы по проблемам детства, содержит систематическую неточность в наименовании Комитета по правам ребенка, в котором не обозначена его принадлежность к учреждениям системы ООН. Согласно статье 43 Конвенции о правах ребенка, Комитет создан для рассмотрения прогресса, достигнутого государствами-участниками в выполнении обязательств, принятых в соответствии с Конвенцией.

В названии данной комиссии, а также в текстах ряда действующих федеральных нормативных правовых актов и отечественных официальных документов, допущена, ставшая систематической, неточность, заключающаяся в том, что в официальном наименовании «Конвенции о правах ребенка» не установлен ее статус как конвенции ООН.

Комиссия работала в течение пяти лет и в 1998 г. была расформирована.

9

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 9 ноября 1993 г. № 909 [168] программа «Дети России» в данный период включала федеральные целевые программы «Дети – сироты», «Дети – инвалиды», «Дети Севера», «Планирование семьи», «Дети Чернобыля», содержащие существенный здравоохранительный компонент.

Т. В. Яковлева отмечает, что этот акт нуждается «в серьезном обновлении», он был принят в 1993 г. и с тех пор почти не менялся [333].

11

В редакции, установленной Федеральным законом от 29 декабря 2006 г. № 258-ФЗ [317].

По данным, опубликованным Всемирным банком (серия «Исследования ИЭР в области развития), в 1993 г. в России из-за хронического недоедания практически у каждого пятого ребенка первого года жизни (19,1 %) и у 7,6 % детей в возрасте 5-ти лет при выборочном антропометрическом исследовании выявлялось отставание в росте [16, с. 129–130].

13

Разработанный документ был введен в действие Указом Президента Российской Федерации от 14 сентября 1995 г. № 942 [130].

Нужно отметить, что в Семейном кодексе не используется понятие «государственная семейная политика». Год спустя это понятие было включено в название Указа Президента Российской Федерации «Об Основных направлениях государственной семейной политики» от 14 мая 1996 г. № 712 [265].

В этом законе в отношении лиц до 16 лет было закреплено понятие «ребенок-инвалид». В последующем Федеральном законе от 17 июля 1999 г. № 172-ФЗ возраст установления категории «ребенок-инвалид» был увеличен до 18 лет [306].

16

В действительности, число детей-инвалидов возросло примерно в 1,2 раза.

Такие тенденции проявляются возрастающей ролью государственного финансирования в обеспечении доступности медицинской помощи населению в ряде зарубежных стран. Например, H. Armstrong [337] отмечает, что Законом «О здоровье Канады» (1984) установлен запрет оплаты пациентами медицинских услуг в учреждениях, получающих дотации из федерального бюджета. Такие дотации оцениваются как значительные.

Ранее эти программы были утверждены Указом Президента Российской Федерации от 18 августа 1994 г. № 1696 «О президентской программе «Дети России»» [262].

19

С 1 января 2005 г. данный Федеральный закон утратил силу [315].

Программа утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 11 сентября 1998 г. № 1096 [182].

Бесплатная профилактическая помощь детям была включена в указанную программу государственных гарантий в 2001 г. [188].

22

Программы «Дети-инвалиды», «Дети-сироты», «Одаренные дети», «Профилактика безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», «Развитие социального обслуживания семьи и детей», «Развитие всероссийских детских центров «Орленок» и «Океан»», «Дети Севера», «Дети семей беженцев и вынужденных переселенцев», «Дети Чернобыля», «Безопасное материнство» утверждены Постановлением Правительства Российской Федерации от 25 августа 2000 г. № 625 «О федеральных целевых программах по улучшению положения детей в Российской Федерации на 2001–2002 годы» [275]. Указом Президента Российской Федерации от 16 ноября 2001 г. № 1328 «О президентских программах по улучшению положения детей в Российской Федерации на 2001–2002 годы» [268] первым четырем из приведенных десяти федеральных целевых программ был присвоен статус президентских программ.

23

В 2004 году по подпрограмме «Здоровый ребенок» финансирование из бюджетов субъектов Российской Федерации было в 6 раз меньше планируемых показателей.

По этому поводу Московская городская дума (2006) обратила внимание Президента Российской Федерации на то, что разработанный на межведомственной основе Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации проект «Национального плана действий в интересах детей до 2010 года» не представлен ему на утверждение [121]. Аналогичное замечание содержится в Докладе Уполномоченного по правам ребенка в г. Москве (2006) [54].

Такие суждения касались, в частности, степени достоверности полученных данных о состоянии здоровья детского населения. В действительности достижение высокого уровня этого критерия было затруднено в связи с недостаточным кадровым обеспечением медицинских осмотров детей. На большинстве территорий страны дефицит врачей достигает по отдельным специальностям 40–60 % [14, с. 7].

Мы разделяем точку зрения Ю. В. Курносова и П. Ю. Конотопова (2004) о том, что любая организованная живая материя или совокупность взаимосвязанных организмов классифицируется как сложная система [102, с. 124].

27

Понятие «свои внешние факторы» используется в работе Р. И. Кругликова (1983) [100].

В вязи с этим А. Г. Сухарев (2006) отмечает, что благоприятное сочетание биологических и средовых факторов обеспечивает расширение адаптационных возможностей организма, а несоответствие факторов среды возможностям развивающегося организма приводит к его «дезадаптации с выходом развития из своего генетического канала» [248, с.17].

29

В Постановлении Государственной Думы Российской Федерации от 16 декабря 1998 года № 3384-II ГД было подчеркнуто, что жизнь наших детей – единственная абсолютная ценность [158].

В разделе 5.2.2. данного исследования эта норма зафиксирована в форме принципа государственной политики в области охраны здоровья детей.

31

Один из основоположников системного анализа политики D. Easton (1966) определяет «политическое взаимодействие в обществе» как «систему поведения» участников такого взаимодействия [342].

Г. В. Мальцев отмечает, что «управленческий процесс, предполагающий активное взаимодействие субъекта и объекта управления, усиливает разнообразие вариантов достижения цели с тем, чтобы найти среди них самый эффективный и малозатратный, тогда как регулятивный процесс унифицирует поведение, сводит его в принципе к одному обязательному варианту, соответствующему норме права» [203, с. 211].

33

Статьи 41, 72, 114 Конституции Российской Федерации; Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487–1 [129].

34

Статья 72 Конституции Российской Федерации; Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» [300].

35

Статья 71 Конституции Российской Федерации; Постановление Правительства Российской Федерации от 6 апреля 2004 г. № 153 [193].

Процедура контент-анализа заключается в сведении рассматриваемого текста к ограниченному набору определенных элементов, которые затем подвергаются счету и анализу [318, с. 123].

Цит. по: Вайль В. С. [24, с. 94–95, 118].

Л. С. Родос (1987) [233] отмечает, что проблема способа данности объекта познающему субъекту «непозволительно часто» ускользает из поля внимания исследователей.

По нашим оценкам, такое определение в Конвенции о правах ребенка было бы уместно. Примером является определение понятия здоровья, данное в другом международном документе – Уставе ВОЗ.

Д. Д. Венедиктов (2007) отмечает, что само сочетание слов «здоровье» и «охрана» изначально было введено в нашей стране и явилось вкладом в международную культуру [26].

Авторы разделяют точку зрения о том, что при переходе на более высокий уровень теоретического освоения изучаемых сущностей, отражающие их научные термины должны уточняться [133, с. 177].

Правовые основы такой разработки рассмотрены в разделе 4.5.

Далее по тексту – «Национальный план».

В соответствии с постановлением Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации от 30 января 2008 года № 15-СФ образован Комитет Совета Федерации по социальной политике и здравоохранению, что не меняет логику рассматриваемых отношений этих направлений деятельности.

Декларация прав ребенка (1959 г.) [202].

Программа разрабатывается Правительством Российской Федерации, исходя из стратегических целей и приоритетов социально-экономической политики государства, формулируемых и обосновываемых Президентом Российской Федерации (части 5 и 6 статьи 4 Федерального закона от 20 июля 1995 г. № 115-ФЗ [283]).

Социальные стандарты качества жизни: Сборник статей / Под общ. ред. А. В. Очировой, В. Н. Бобкова, Н. С. Григорьевой. – М.: МАКС Пресс, 2008. – С. 54 [245].

В разделе 2.1. Программы социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2002–2004 годы) [218] указано, что «Целью социальной политики является последовательное повышение уровня жизни населения и снижение социального неравенства, обеспечение всеобщей доступности основных социальных благ, прежде всего, качественного образования, медицинского и социального обслуживания».

Данная концепция не получила необходимого законодательного развития.

50

В Плане действий Правительства Российской Федерации в области социальной политики и модернизации экономики на 2000–2001 годы, утвержденном распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 июля 2000 г. № 1072-р, «снижение социального неравенства» определено в составе «главной цели социально-экономической политики Правительства Российской Федерации» [136].

51

Конвенция о правах ребенка разрабатывалась в течение десяти лет (1979–1989 гг.), что отражает трудности, на которые указывает посол СССР В. Н. Софинский: во время переговоров на международном уровне по поводу текста Конвенции «потребовались большие усилия, чтобы прийти к согласию о *правах ребенка на медицинское обслуживание*», поскольку «во всех этих вопросах каждая делегация должна была руководствоваться своим национальным законодательством, исходить из экономических возможностей своего государства, из развитости учреждений здравоохранения» [243, с. 17–18].

52

Пункт 52 документа Комитета по правам ребенка (CRC/C/RUS/CO/3 от 23 ноября 2005 г.) [67].

53

Должность Уполномоченного по правам ребенка при Президенте Российской Федерации была учреждена Указом Президента Российской Федерации 1 сентября 2009 г.

54

См. статью 105 Федерального закона от 22 августа 2004 года № 122 [315].

В 2006 году Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации констатировало, что «ограниченное финансирование подпрограммы «Здоровый ребенок» федеральной целевой программы «Дети России» на федеральном уровне не позволяет решить многие острые вопросы охраны здоровья детей, поэтому необходимо предусмотреть увеличение финансирования подпрограммы в объеме 2,5 млрд рублей» [327, с. 6].

См., например, пункт 20 («б») Указа Президента Российской Федерации от 14 мая 1996 г. № 712 «Об Основных направлениях государственной семейной политики» [265].

57

Цит. по: [47, с. 150].

58

Понятие «государственная политика в области здравоохранения» закреплено в статье 114 Конституции Российской Федерации.

Соответственно, пункты 1.1. и 1.2. раздела «Правовое обеспечение охраны материнства и детства в системе здравоохранения».

Данное положение Программы усиливает значение государственной политики в обеспечении прав ребенка в целом. Так, в Плане действий Правительства Российской Федерации по реализации в 2006 году указанной Программы (раздел «Сокращение масштабов бедности и развитие социальной помощи») обозначена необходимость определения «приоритетных направлений государственной политики по решению проблем детства» [219].

61

В соответствии с пунктом 2 статьи 1 Закона Российской Федерации от 10 июля 1992 г. № 3266–1 «Об образовании» [78].

В данной главе понятия «параметры», «элементы», «признаки», «компоненты» используются в одном значении.

Т. В. Яковлева также отмечает, что «основные принципы государственной политики в сфере охраны материнства и детства должны быть закреплены законодательно» [332].

Например, у жителей Москвы средние затраты на оплату лечения в 2004 г. составили 13,4 % от общих душевых семейных расходов [20].

Медицинская помощь: «комплекс мероприятий, включая медицинские услуги, организационно-технические мероприятия, санитарно-противоэпидемические мероприятия, лекарственное обеспечение и др., направленных на удовлетворение потребностей населения в поддержании и восстановлении здоровья» [132].

Следует отметить, что эта коллизия была учтена в Постановлении Правительства Российской Федерации от 29 августа 1996 г. № 1032 «Об утверждении национального плана действий по улучшению положения женщин и повышению их роли в обществе до 2000 года», где предусмотрена разработка механизмов реализации государственных гарантий по предоставлению бесплатной медицинской помощи, в том числе профилактической, женщинам и детям [174]. Совершенствование понятийного аппарата исследуемой сферы деятельности является современной актуальной задачей. Д. Д. Венедиктов подчеркивает, что «необходимо уточнить понятия медицина (медицинская помощь) и здравоохранение. Они близки, но не тождественны» [27, с. 93–105].

67

В статье 2 Конвенции о правах ребенка используется понятие обстоятельства дискриминации.

В Указе Президента Российской Федерации от 29 апреля 1996 г. № 608 «О Государственной стратегии экономической безопасности Российской Федерации (Основных положениях)» говорится об объективно существующих различиях в уровне социально-экономического развития регионов, наличии депрессивных, кризисных и отсталых в экономическом отношении районов России [264].

В Конвенции о правах ребенка выделяется четыре «общих» ее принципа: недискриминация ребенка по любому признаку (статья 2); наилучшее обеспечение интересов ребенка (статья 3); право ребенка на жизнь, выживание и развитие (статья 6); уважение взглядов ребенка (статья 12) [60].

70

В обращении Президента Российской Федерации к Федеральному Собранию (2007) указано на «пережитый страной длительный экономический кризис» [147].

Приведенные формы индивидуального развития ребенка обозначены в статьях 17, 23, 27, 32 Конвенции о правах ребенка.

Проект основан на результатах анализа норм и положений международных документов, действующих в Российской Федерации. Данный вариант проекта не исчерпывает всего объема отношений, регулируемых в связи с обеспечением прав детей на охрану здоровья, который необходимо дополнить в процессе разработки закона.

Список содержит описание источников информации, использованных при изложении материалов исследования, а также включенных в разработку для решения задач, указанных в разделе 5.1.

Названия отдельных разделов в книге и в отзывах рецензентов могут не совпадать в связи с авторской правкой, внесенной в процессе подготовки книги к публикации (***авт.***).